موسوعة الصحة النفسية

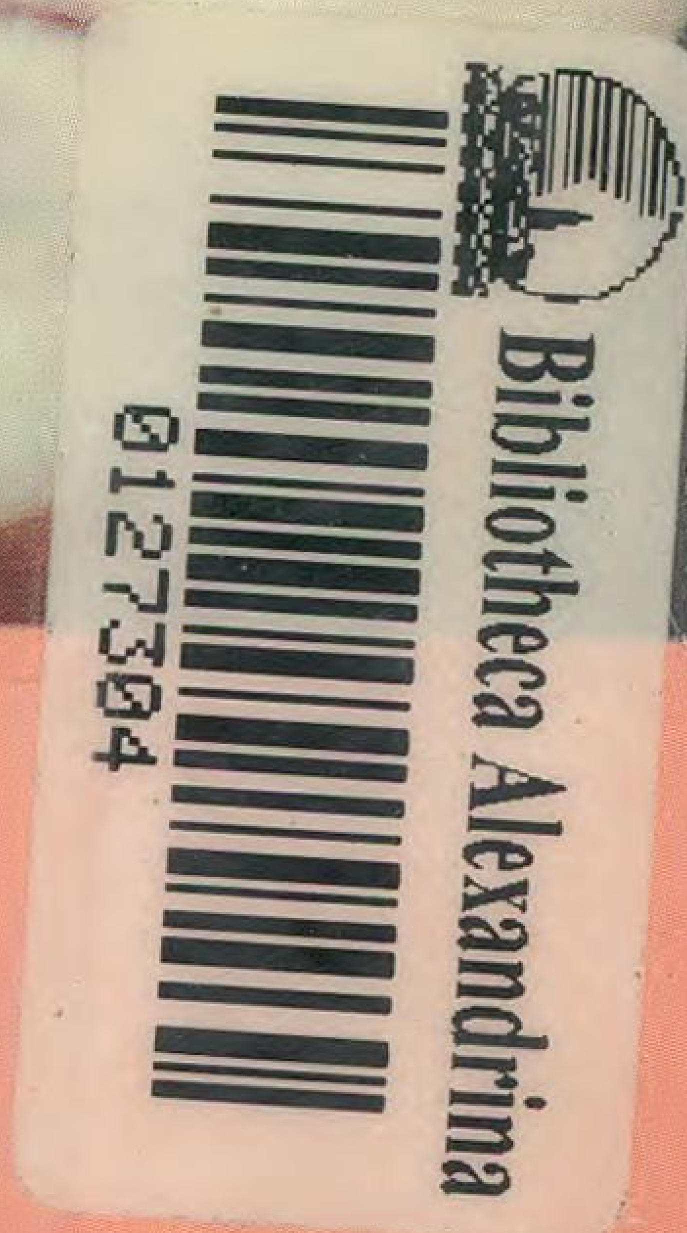
الكتاب الأول ▪ الجزء الثاني

علم الأمراض النفسية والعقلية

الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج

إعداد

د. محمد السيد عبد الرحمن





دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع

عبده غريب

عِلم الأمراض النفسيّة والعقليّة

(الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج)

موسوعة الصحة النفسية

الكتاب الأول / الجزء الثانى

علم الأمراض النفسية والعقلية

(الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج)

إعداد

د. محمد السيد عبد الرحمن

استاذ الصحة النفسية

كلية التربية ـ جامعة الزقازيق

الناشــر

دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع

عبده غريب

القاهرة

١٩٩٩/ ١٤١٩هـ

الكتـــــاب : علم الأمراض النفسية والعقلية
المؤلـــــف : الدكتور/ محمد السيد عبد الرحمن
تاريخ النشر : ٢٠٠٠م

الناشـــــر : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع
عبده غريب
شركة مساهمة مصرية

الإدارة : ٥٨ شارع الحجاز – عمارة برج آمون
الدور الأول – شقة ٦
ت ، ف : ٢٤٧٤٠٣٨ ت: ٢٤٦٢٥٦٢
المكتبـــــة : ١٠ شارع كامل صدقى الفجالة (القاهرة)
ت : ٥٩١٧٥٣٢
المطابـــــع : مدينة العاشر من رمضان
المنطقة الصناعية (C1)
ت: ٠١٥/٣٦٢٧٢٧
رقـــم الإيـــداع : ٢٦٦٤/ ٩٩
الترقيم الدولـــى : I S B N
977- 303- 098- 9

إهداء وعرفان

إلى كل من شعرت عندهم بعجزى عن رد فضلهم علىَّ

والداى.......... أصل وجودى

وأستاذيا الجليلين.........

أ.د/ كمال محمد دسوقى، أ.د/ هدى محمد قناوى

جزاهم الله عنى خير الجزاء.

مُقدِّمة

الحمد لله رب العالمين الذى خلق النفس ووهبها كل مقومات الحياة والسواء وأرشدها إلى طريق الخير ــ طريق الإيمان ـــ الذى يمكن أن يجنبها كل سبل الضلال والمرض، وأصلى على رسوله القدوة المهداة والنعمة المسداة. وبعد...

فهذا هو الكتاب الأول ــ علم الأمراض النفسية والعقلية ـــ فى موسوعة الصحة النفسية التى اعتزم بعون اللــه تقديمها للمكتبة العربية إن كان فى العمر بقية، وستشمل بقية السلسلة كتباً فى مشكلات النمو عبر الحياة (الطفولة والمراهقة، الرشد، الشيخوخة)، علم النفس الصحى وغيرهما. ولا تفتقر المكتبة العربية فى واقع الأمر إلى كتب الصحة النفسية أو الطب النفسى بقدر ما تفتقر إلى ما يعتمد منها على التصنيفات الحديثة للأمراض النفسية والعقلية وما زال البعض يعرضها فى ضوء التصنيف الثانى من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية ومن هنا كان حرصــى على إعداد هذا الكتاب الذى يتم فيه من ناحية عرض المحكات التشخيصية للأمراض العقلية طبقاً لأحدث دليل فى هذا الشأن وهو الدليل الرابع، ومن ناحية أخرى تناول أسباب وعلاج الأمراض بطريقة شمولية أى بنظرة اجتماعية ونفسية وبيولوجية أو طبية معاً. وفــى الحقيقة لم يكن يتيسر لى ذلك إلا من خلال الاستعانة بعدد من المراجع والكتب الاجنبية والعربية والدراسات الجيدة. ومنها على سبيل المثال الدليل الثالث المعدل، والرابع من التشخيص الأمريكى للأمراض النفسية والعقلية DSM III R, DSM, IV الصادرين عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عامى ١٩٨٣، ١٩٩٤. وخاصــة فى عرض المحكات التشخيصية لأعراض كل إضطراب ونسبة انتشاره، وكتابات ويلسون وأخرون ١٩٩٦، وأدمز وستولكر ١٩٨٤ فى علم النفس المرضــى وغيرهمــا بالإضافة إلى كتب عربية أخرى قيمة فى هذا السياق مثل كتابات ريتشارد سوين (مترجم)، حسان قميحة، عادل صادق، وكمال دسوقى وغيرهم.

ويقع هذا الكتاب فى جزئين: يتناول الجزء الأول وصفاً للإضطراب النفسى وأسبابه، وطرق تشخيصه ومناهج البحث المتبعة فى ذلك من خلال الفصول

الأربعة الأولى منه، وفى الفصل الخامس وحتى الثامن يعرض إضطرابات القلق والإضطرابات المزاجية والفصام والإضطرابات ذات الصورة الجسمية والانشقاقية. وفى كل إضطراب يتم تناول الإضطراب من خلال نظرة تاريخية سريعة ثم محكاته المرضية طبقاً للدليل الرابع ونسبة الانتشار والأسباب والأعراض وطرق العلاج أما الجزء الثانى فيتناول الإضطرابات السلوكية والشخصية والسيكوسوماتية، وأهمها إضطرابات الإدمان وسوء استخدام العقاقير، واضطرابات هوية الجنس والنوع واضطرابات الأكل، وتأثير الحالة النفسية على الصحة، وإضطرابات الشخصية وأخيرا تم تذييل الكتاب بفصل مختصر ولكنه شامل فى العلاجات الطبية والنفسية الفردية والجماعية للأمراض النفسية والعقلية.

وفى النهاية أتمنى أن يكون هذا الكتاب دعماً للصحة النفسية، وذات نفع وفائدة بين يدى القارئ العربى، وعلى الله قصد السبيل،

أ.د/ محمد السيد عبد الرحمن

الفصل الأول

الإدمـــان

وإساءة استخدام العقاقير

نبذة تاريخية

تمثل إساءة استعمال الكحول والمخدرات جزء من تاريخ البشرية، فمنذ سبعة آلاف سنة قبل ميلاد المسيح عليه السلام تقريباً عرفت الحضارة السومرية بعضاً من خصائص التخدير فى نبات الأفيون، كما أن الدراسات تشير وبوضوح إلى أن الفراعنة قد عرفوا المخدرات منذ القدم واستعملوها كدواء، واستعملوا الياف نبات القنب (الحشيش) فى صناعة المنسوجات والحبال واستخدموه فى احتفالاتهم الدينية، كما وجدت على مقابر الفراعنة ما يثبت أن قدماء المصريين قد استخدموا الأفيون فى عمل وصفات دوائية لعلاج الأطفال واستُخدم الخشخاش لجلب النوم للأطفال المشاكسين والمرضى. وأشارت التوراة منذ ٢٥٠٠ سنة إلى الأعراض التشخيصية البارزة كنتيجة لتعاطى الكحول مثل أعراض الاعتماد الجسمى والنفسى، وضعف الذاكرة والانسحاب. كما حذر الإنجيل من احتساء الخمر واعتبره سلوك شرير، ووبخ هؤلاء الذين يفتقدون القوة على مقاومة إغراءات شرب الخمر، وكان مدمنى الخمر المزمنين يرجمون بالحجارة حتى الموت. وعندما جاء الإسلام حرم الخمر صراحة فى قوله تعالى ﴿يأيها الذين أمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تُفلحون﴾ (المائدة: ٩٠) واعتبرها خبث يلقى بصاحبه إلى التهلكة ولذلك فقد اتفق العلماء فى مختلف المذاهب الإسلامية على تحريم المخدرات بشتى أنواعها، وقد سُئل الإمام بن تيمية عن حكم تناول الحشيش فقال "هذه الحشيشة الصلبة حرام سواء سكر منها أو لم يسكر منها، والسكر منها حرام باتفاق المسلمين ومن استحل ذلك وزعم أنه حلال فإنه يستتاب فإن تاب وإلا قتل مرتداً" وقال أيضاً "وهى بالتحريم أولى من الخمر لأن ضرر أكل الحشيشة على نفسه أشد من ضرر الخمر" وذكر الإمام الذهبى فى الكبائر "والحشيشة المصنوعة من ورق القنب حرام كالخمر يحد شاربها كما يحد شارب الخمر وهى أخبث من الخمر (سليمان الحقيل: ١٩٩٢).

وفى أنحاء مختلفة من العالم عرفت المخدرات الطبيعية لدى أهل الصين والهند والروم، وكان أهل منطقة القوقاز يتعاطونها بكثرة قبل حروبهم، وهذا كان يعطيهم شعوراً بالقوة والاندفاع على أعدائهم فى الحروب. وفى العصور الوسطى

كان مدمنى الخمر يعذبون أو يحرقون أو يصلبون على أعمدة لطرد الشياطين التى سكنت أجسادهم مثلهم فى ذلك مثل المتخلفين عقلياً والذهانيين. ومن يهربون من الصلب والموت يمكن أن يبقوا محبوسين أو محتجزين فى غياهب السجون أو فى بيوت ينفق عليها من البر والصدقات، حيث يعتقد أن مدمنى الخمر والذهانيين يمارسون سلوكاً أثماً بملئ إرادتهم..

وفى منتصف القرن الثامن عشر بدأ أشخاص قليلون يدافعون عن وجهات نظر أخرى تعد راديكالية أو متحررة فى ذلك الوقت مفادها أن الشخص الذى يفرط فى استخدام الكحول شخص مريض أكثر من أن يكون شرير أو يختار ذلك بإرادته. ومن أولهم بنجامين روش Benjamin Rush ودفع ذلك الأطباء الأمريكان والانجليز فى القرن التاسع عشر إلى استنتاج أن تعُود استخدام عقاقير من قبيل المنومات والتبغ والقهوة إنما يرجع إلى عوامل وراثية وبيولوجية، وقادت وجهة النظر هذه عن الإدمان على أنه مرض الى التشجيع على مساعدة المدمنين ومن ثم كان ذلك أساساً لوضع برامج علاجية لهذه الفئة فيما يعرف بعد ذلك بمأوى السكارى Inebriate asylums

ومع بداية القرن العشرين والتطور العلمى الذى صاحبة بدأ العلماء يدركون أن تعاطى الكحول حتى لو لم يصل الفرد إلى حد الثمالة من العوامل الأساسية فى إدمانه، وبدأت الجهود تُبذل فى الغرب للحد منه، وإذا أمكن تحريم بيعه، وبالفعل صدر قانون بتحريم بيع الخمر فى أمريكا بعد الحرب العالمية الأولى بوقت قصير ونجح ذلك فى الحد من استخدامه وإدمانه، إلا أن جرائم إنتاج وتوزيع الخمور بصورة غير شرعية قد زادت بصورة مثيرة مما أدى إلى التراجع عن هذا القانون فى عام ١٩٣٣م، وخلال الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين زاد معدل استهلاك الكحوليات والمخدرات، وأقبل عليها نسبة كبيرة من الجنود الذين شاركوا فى الحرب العالمية الثانية سواء أثناء الحرب أو بعد تسريحهم من الخدمة العسكرية، وهو ما أدى إلى ظهور جماعات المساعدة الذاتية مثل جماعة الكحوليين المجهولين، والتى أسهمت فى علاج العديد من مدمنى الكحول وفى تغيير الأتجاهات العامة نحو الخمر، وأصبح لهذه الجماعات أنتشار فى معظم دول العالم

تقريباً وهم يرون ان ادمان الكحول مشكلة طبيـة واجتماعيـة قبـل أن تكـون مشـكلة أخلاقية. وحتى وقت قريب لم يكن هناك منافس قوى للكحوليات فى الغـرب سـوى الأفيون الذى عرف فى الشـرق الأقصـى والأوسـط منـذ أكثر مـن ألفيـن سـنة قبـل الميلاد بما يسمى "بأزهار السعادة" واستخدم على نطـاق واسـع فـى الهنـد والصيـن خلال القرن الثامن الميلادى ولم يعـرف فـى الغـرب إلا عندمـا اسـتطاع الكيميـائى والطبيـب السويسـرى فيليـب بـاركليوس (١٤٩٣- ١٥٤١) اسـتخلاصه فـى القـرن الخامس عشر الميـلادى، وحتـى القرن الثـامن عشـر لـم يكـن يسـتخدم الأفيـون إلا كمسكن للألم ثم أصبح من الممكن استخراج المورفين والهروين وتوفيرها، ونظـراً لغياب البحوث عن الأثار طويلة المدى لهذه المركبات لم يكن أحد يعرف أخطارهـا وخاصـة فى ضـوء أثارها الايجابية كتسكين الألـم والشعور بالنشـوة وزيـادة القـدرة الجنسية والعضلية، وقد زاد معدل إقبال المجتمعات الغربية على تعاطى الكحوليات والمخدرات خلال القرن التاسع عشر لسببين:ـ

١ـ جلبت الحملة الفرنسية بزعامة نابليون الماريجونا والحشيش من الشـرق الأوسط إلى فرنسا.

٢ـ تم استخراج الكوكايين من نبات الكوكا فى كـل مـن أوربـا وأمريكـا فـى نفس الفترة.

وقد أسهم فرويد فى هذا الأمر باستخدامه للكوكايين كمسكن قوى للألم، ومن أشهر الوقائع فى هذا السياق أن عانى صديقه فون ماركسو (١٨٨٤) مـن مـرض مؤلم للغاية وأصبح مدمناً للمورفين فقدم له الكوكايين كبديل، ثم نشر مقالاً فى هذا السياق عن علاج الإدمان، وتحول ماركسو إلى مدمن للأفيون والكوكايين معاً.

ومـع إدراك مخـاطر هـذه المركبـات سـنت العديـد مـن الحكومـات القوانيـن الرادعة التى تصل إلى حد الإعدام لجالبى ومروجـى المخـدرات، وأتـاحت فرصـة العلاج للمدمنين وأنشأت فى ذلك المستشفيات المتخصصـة التى تعتمـد علـى برامـج طبية حديثة.

تشخيص الإدمان طبقاً لـ.DSM:

لم يصنف إدمان الكحول والمخدرات فى الإصدارين الأول والثانى من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية DSM, I, II اللذين صدرا فى عامى ١٩٥٢، ١٩٦٨ على التوالى فى مجموعة مستقلة من الإضطربات التى تتمتع بظروف تشخيصية محددة، ولكنها صنفت ضمن إضطرابات الشخصية السوسيوباتية Sociopatic والتى تشمل إلى جانب ذلك السلوك المضاد للمجتمع والإختلالات الجنسية. ويرجع تضمين هذه الأبعاد فى مجموعة تصينفية واحدة إلى أن الناس الذين يدمنون الكحول والمخدرات ويأتون سلوكاً مضاداً للمجتمع أو أحد الإضطرابات الجنسية إنما هم يهدون النسيج الأخلاقى للمجتمع كنتيجة لإسرافهم أو لسلوكهم اللا أخلاقى الذى يمارسونه بملئ إرادتهم.

أما الاصدار الثالث للدليل التشخيصى والإحصائى DSM. III فقد أعطى الإضطرابات المرتبطة بتعاطى الكحول والمخدرات هويتها المستقلة تحت عنوان إضطرابات استخدام المواد Substance– use – disorders وقد استبعد هذا التصنيف الوصمة اللا أخلاقية guilt by association التى حملها التصنيفين السابقين حيث ألقى التصنيف الثالث من الدليل الضوء على نتائج دراسات جديدة أوضحت دور العوامل الثقافية/ الاجتماعية والجنسية كأسباب للإضطراب، وبناء على هذه الدراسات فإن أعراض التحمل Tolerance والانسحاب withrowal تمثل مفتاح للدور التشخيصى، كما حدد الإصدار الثالث تشخيصات منفصلة لإساءة استخدام المواد Subtance abuse، والغرض من هذا التشخيص تحديد الشخص أو الأشخاص الذين يمثل استخدامهم للمواد مشكلة لم تصل بعد إلى حد الاعتماد عليها، وقد أبقى الإصدار الثالث المعدل .DSM. III R على نفس الأعراض.

ولإعداد الإصدار الرابع من الدليل DSM, IV الذى صدر من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسى ١٩٩٤ أخذت جماعة من المهتمين بالإضطرابات التى تحدثها تعاطى المواد أو العقاقير على عاتقها سلسلة ممتدة التجارب فى المجال وتحليل النتائج، وقد صُممت هذه الدراسات لتحديد محكات سؤ استخدام العقاقير والاعتماد عليها بناءً على قاعدة تجريبية متينة، وقد قادت هذه الجهود مجموعة

العمل إلى مراجعة العديد من المحكات التى تم تحديدها فى الإصدارين الثالث والثالث المعدل الصادرين فى ١٩٨٠، ١٩٨٧ نظراً لما لهما من صدق تنبؤى سليم، وأقرت مجموعة العمل هذه ما يحتويه الأصدار الثالث من أعراض الانسحاب والتحمل (الإطاقة). وهذه الأعراض ترافق بشكل متكرر الاعتماد على مواد، وأعادت هذه المجموعة التأكيد على الدور الهام لكل من إساءة الاستخدام كتشخيص مستقل عن الاعتماد على المواد، وهذا التشخيص المستقل يسمح بالتعرف على مجموعة محددة من الأشخاص وهو ما يحقق الفائدة من الاهتمام الاكلينكى الذى يمكن أن يتلقوه فيما بعد، وهو ما يمكن أن يساعد أى فرد على الاكتشاف المبكر لأعراض سوء الاستخدام أو انسحاب العقار من أحد أعضاء الأسرة أو أصدقاءه.

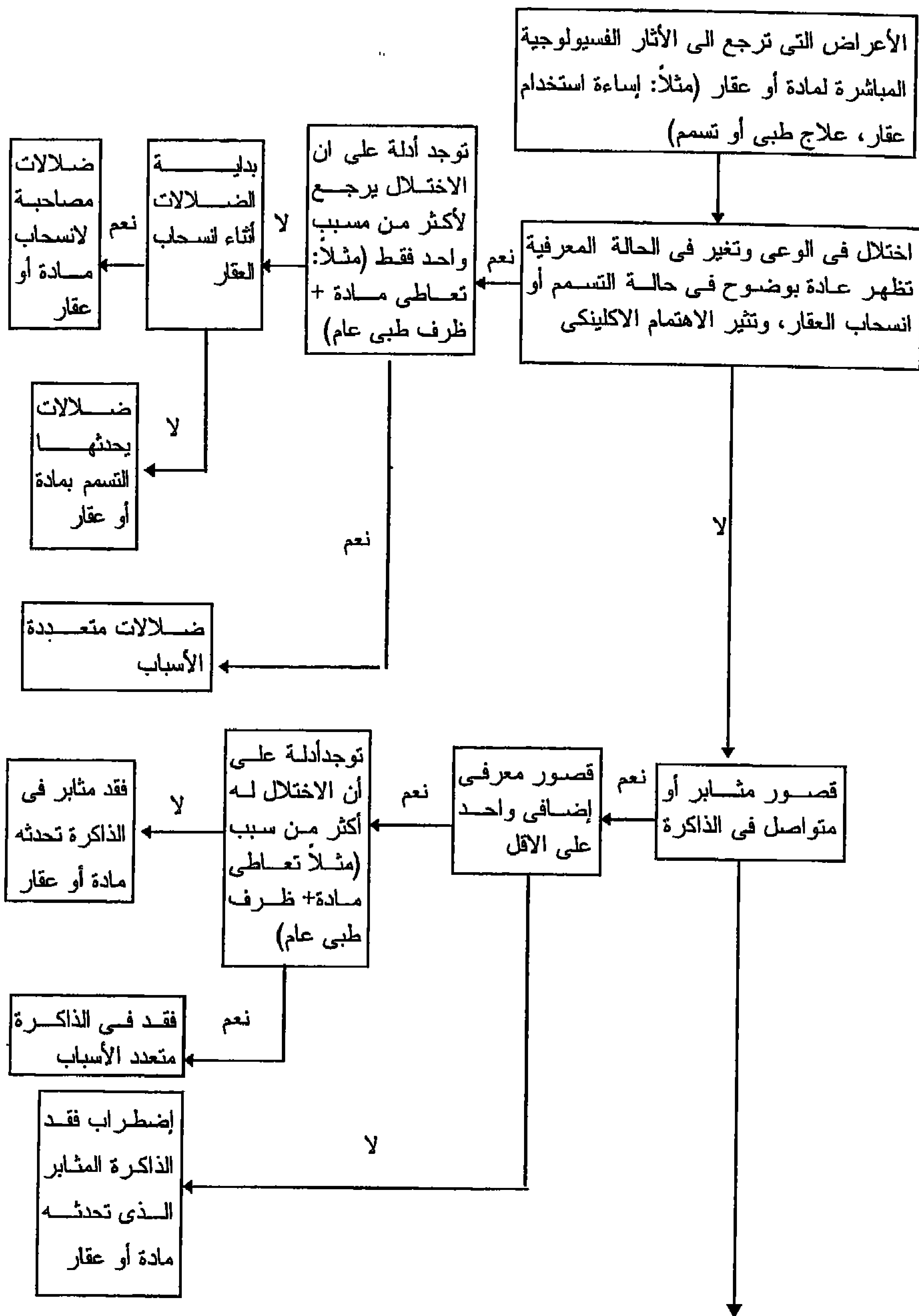
ونظراً لأهمية كل من أعراض التحمل والانسحاب فى حالة الاعتماد على المخدر لذلك فإن لجنة تشخيص الاعتياد على المواد المخدرة فى الإصدار الثالث من الدليل التشخيصى والإحصائىDSM III R 1987 لم يؤمنوا بوجهة النظر هذه حيث استنتجوا أن الفرد يمكن أن يعتاد تناول هذه المواد المخدرة دون أن يثبت ظهور أى من أعراض الانسحاب أو التحمل، أما مجموعة العمل فى الإصدار الرابعDSM, IV, 1994 فقد اعتقدت أن وجود هذه الأعراض هام لأنه يوفى بالتمييز بين نمطين من الأشخاص المدمنين هما: ذلك الذى لديه أعراض التحمل أو الانسحاب (ويشخص هذا على أنه اعتماد فسيولوجى With physiological dependence) والأخر الذى ليس لديه أعراض أى منهما (والذى يشخص على أنه بدون اعتماد فسيولوجى: (without phsiological dependence)، ويشير هذا التشخيص الفارق إلى أن كلا النوعين من الاعتماد ربما يختلف فى أسبابه وفى مسار العرض أو فى الاستجابة للعلاج.

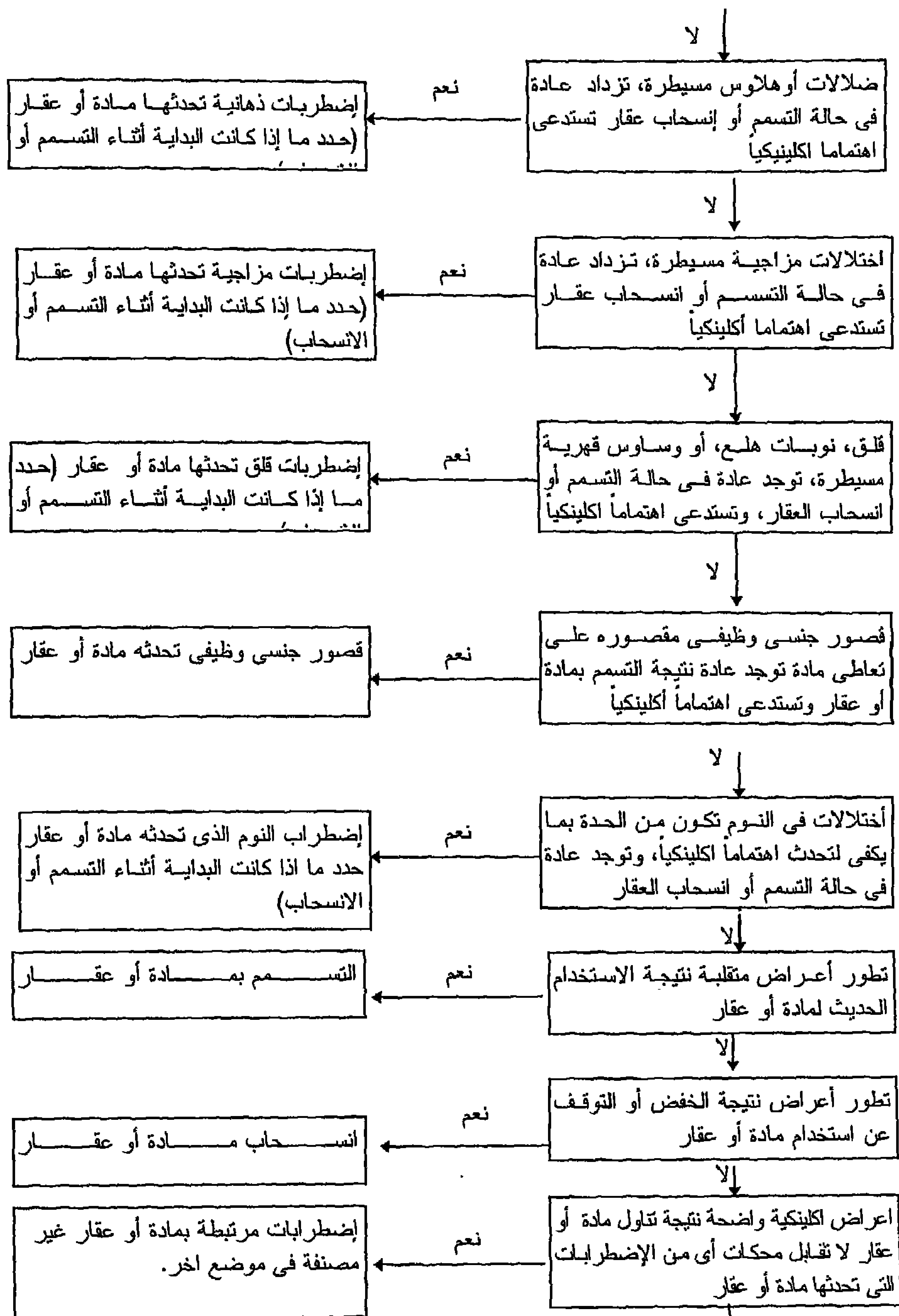
التحمل (الإطاقة) Tolerance: ويحدث على كل من المستوى الخلوى (الفسيولوجى) والنفسى معاً، حيث تتوافق الخلايا مع التواجد طويل المدى لكل من الكحول والمخدرات فى مجرى الدم، وحيث تحدث عمليات بيوكيميائية لتحقيق توازن فسيولوجى مع المادة أو المخدر، وتعتمد هذه الاستجابة على طول المدة،

ومع سوء استخدام المخدر أو الكحول لفترة منتظمة. ويتطلب التحمل أو الإطاقة أن يستخدم الفرد المزيد من المادة المخدرة ليبقى يحافظ على آثارها التعزيزية الأصلية. وهذا الفرد الذى حقق التحمل أو الإطاقة سوف يشعر أيضا بانحدار تدريجى فى هذه الأثار إذا لم يزيد استخدامه للمادة مع الوقت.

الانسحاب Withdrwal: ويشير إلى الأعراض النفسية والجسمية التى تحدث عند توقف تعاطى المخدر أو الكحول بعد فترة طويله بما فيه الكفاية لتسبب التعود على العقار، وتشمل أعراض الانسحاب الأرق والدوار والغثيان أو التقيؤ وعدم الراحة والتعب والحركات اللاإرادية للعضلات وفى العديد من الحالات يحدث ضلالات وهلاوس شمية ولمسية، وقد يحدث خطر فعلى على الحياة وتتأثر هذه الأعراض ـ مثلها فى ذلك مثل أعراض التحمل ـ بكل من العوامل النفسية والبيولوجية. (Wilson, G.t. et al, 1996)

خريطة التشخيص الفارق للاضطرابات التى تحدثها مادة أو عقار.
(لا تتضمن الاعتماد أو إساءة الاستخدام).





(الأعراض التى تحدثها مادة أو عقار ليس لها دلالة اكلينكية) عن **(DSM. IV, 1996)**

الاختلالات التى تحدثها المخدرات:ـ

تنقسم الاختلالات التى تحدثها المخدرات والكحول الى مجموعتين هما:

١ـ إضطرابات استخدام المواد المخدرة Substance use disorder مثل الاعتماد على المخدر أو العقار أو إساءة استخدام المخدر أو العقار.

٢ـ إضطرابات تحدثها المواد المخدرة Substance -Induced disorder مثل التسمم أو الثمالة بالمخدر، وانسحاب العقار، والضلالات (الهذاءات) والخرف المثابر، وفقد الذاكرة، والاختلالات الذهانية، واختلالات المزاج والقلق والاختلالات الجنسية الوظيفية، وإضطرابات النوم التى يحدثها المخدر أو العقار.

والجدول التالى يوضح أهم المواد المخدرة الإحدى عشر التى سوف تتناول فى هذا الفصل سواء بالاعتماد أو سوء الاستعمال أو التسمم (الثمالة) أو الانسحاب، كما سوف نتناول أهم المحكات التشخيصية فى حالة التسمم أو فى حالة الانسحاب أو لكليهما معاً وذلك لتسهيل عملية التشخيص الفارق لهذه المواد.

جدول ( ) الإضطرابات المحددة التى تحدثها المخدرات

المادة	نوع الإضطراب			
	الاعتماد	إساءة الاستعمال	التسمم (الثمالة)	الانسحاب
١- الكحول	x	x	x	x
٢-الأمفيتامينات	x	x	x	x
٣- الكافيين			x	
٤- الحشيش	x	x	x	
٥- الكوكايين	x	x	x	x
٦- المهلوسات	x	x	x	
٧- المستنشقات	x	x	x	
٨- النيكوتين	x			x
٩- الأفيون	x	x	x	x
١٠-الفينسكلدين	x	x	x	
١١-المسكنات/ المنومات (أو مضادات القلق)	x			
١٢- مواد أخرى	x	x	x	x

جدول ( ) الاختلالات التى تحدثها المخدرات والكحول فى حالة التسمم والانسحاب

نوع المادة أو العقار	ضلالات التسمم	ضلالات الانسحاب	الخرف	فقدان الذاكرة	اختلالات ذهانية	اختلالات مزاجية	اختلالات القلق	اختلالات جنسية وظيفية	اختلالات النوم
١- الكحول	ت		أ	م	م	ت/ أ	ت/ أ	ت	ت/ أ
٢- الامفيتامينات	ت				ت	ت/ أ	ت	ت	ت/ أ
٣- الكافيين							ت		ت
٤- الحشيش	ت				ت		ت		
٥- الكوكايين	ت				ت	ت/ أ	ت/ أ	ت	ت/ أ
٦- المهلوسات	ت				ت*	ت	ت		
٧- المستنشقات	ت		م		ت	ت	ت		
٨- النيكوتين									
٩- الأفيون	ت				ت	ت		ت	ت/ أ
١٠- الفينسكلدين	ت				ت	ت	ت		
١١-المسكنات/ المنومات أو مضادات القلق	ت	أ	م	م	ت/ أ	ت/ أ	أ	ت	ت/ أ
١٢- أخرى	ت	أ	م	م	ت/ أ	ت/ أ	ت/ أ	ت	ت/ أ

* تحدث المهلوسات إضطراب مثابر فى الإدراك

ت: توضح أن العرض يمكن ملاحظته منذ بداية التسمم أو الثمالة بالمخدر

أ: توضح أن العرض يمكن ملاحظته منذ بداية انسحاب المخدر

ت/أ: توضح أن العرض يمكن ملاحظته سواء فى حالة التسمم أو الانسحاب

م: توضح أن الإضطراب مثابر

اختلالات استخدام المواد أو العقاقير:ـ

*** الاعتماد على العقاقير:ـ**

نمط غير متكيف من استخدام العقار يؤدى الى قصور ذات دلالة اكلينيكية أو توتر، كما توضحه ثلاثة (أو أكثر) مما يلى تحدث فى أى وقت خلال إثنا عشر شهراً:ـ

١- الإطاقة (التحمل) كما تتضح مما يلى:ـ

أ ـ الحاجة إلى الزيادة الواضحة (المستمرة) فى كمية العقار لتحقيق الثمالة أو الأثر المرغوب (راجع المحكات التشخيصية للتسمم بالمواد المخدرة المذكورة).

ب ـ الانخفاض التدريجى لتأثير تعاطى نفس الكمية من المادة أو العقار.

٢ـ الانسحاب كما يتضح مما يلى:ـ

أ ـ اعراض مميزة لانسحاب المادة تحدث عند الانقطاع عن التعاطى (راجع أعراض الانسحاب للمواد التى سيلى عرضها فى هذا الفصل).

ب ـ تعاطى نفس المادة (أو مادة ترتبط بها بشدة أو تماثلها) تخفض من أو تُجنب أعراض الانسحاب.

٣ـ هذه المادة ـ فى الغالب ـ تم تعاطيها بكمية كبيرة أو لمدة أطول مما هو معتاد.

٤ـ توجد رغبة مستمرة (مثابرة) أو جهود غير ناجحة للتوقف أو التحكم فى استخدام المادة

٥ـ تُنفق كمية كبيرة من الوقت فى سبيل الحصول على المـادة (مثل زيارة العديد من الأطباء أو قطع مسافات طويلة)، فى استخدام المادة (مثل التدخين المتواصل) أو التحرر من أثارها.

٦ـ اختزال أو خفض أو التخلى عن أنشطة اجتماعية ومهنية وترفيهية هامة بسبب استخدام مادة أو عقار.

٧ـ الاستمرار فى استعمال المادة أو العقار على الرغم من المعرفة بوجود مشكلات جسمية أو نفسية تحدث أو تتفاقم بسبب المـادة أو العقار (مثل الاستخدام الراهن للكوكايين مع العلم أن الكوكايين يحدث الاكتئاب، أو الاستمرار فى تعاطى الكحول على الرغم من المعرفة بأن تعاطى الخمر يسبب قرحة المعدة).

كما يجب أن يحدد الآتى:ـ

١ـ مع اعتماد فسيولوجى: توجد أدلة على التحمل والانسحاب (كل من البندين ١،٢ موجودين)

٢ـ بدون اعتماد فسيولوجى: لا توجد أدلة على التحمل والانسحاب (كل من البندين ١، ٢ غير موجودين)

المحكات التشخيصية العامة لإساءة استعمال مادة أو عقار:ــ

أ ـ نمط غير متكيف لاستعمال مادة أو عقار يـؤدى إلى قصـور ذات دلالة اكلينكية أو توتر، كما يتضح بواحدة أو اكثر من الأعراض الأتية خلال فترة إثنا عشر شهراً.

١ـ الاستخدام المتكرر لمادة أو عقار يصاحبه فشل فى انجاز أو تحقيق التزامات لأدوار أساسية فى العمل والمدرسة والمنزل (مثل: الغياب المتكرر، وضعف الأداء فى العمل الناتج عن تعاطى المادة، والغياب المرتبط بتعاطى العقار، والانقطاع أو الفصل من المدرسة، وإهمال الأطفال والمهام المنزلية).

٢ـ الاستخدام المتكرر للمادة أو العقار فى مواقف يترتب عليها مخاطر جسدية (مثل: قيادة سيارة أو تشغيل ماكينة بعد تعاطى المادة).

٣ـ تكرر وجود مشكلات شرعية أو قانونية ترتبط بتعاطى المادة أو العقار (مثل: الاعتقال نتيجة الانخراط فى مشكلات ترتبط بتعاطى المادة).

٤ـ الاستخدام المتكرر لمادة أو عقار على الرغم من وجود مشكلات اجتماعية أو بينشخصية راهنة أو متكررة حدثت أو تفاقمت بسبب تأثير المادة أو العقار (مثل الجدال مع القرين حول استمرار التسمم أو الثمالة أو العدوان الجسدى).

ب ـ هذه الأعراض لا تناظر محكات الاعتماد على مادة أو عقار لهذه الفئة من المخدرات

أعراض ومحكات الاعتماد على المخدرات

سوف نتعرض فى هذا الجزء لأهم المحكات التشخيصية والإضطرابات المصاحبة لعدد من العقاقير والمركبات المخدرة وأهمها:ـ

١ـ الكحول Alcohol:ـ

هو المادة الفعالة فى الخمر وتعرف كيمائياً بالكحول الأثيلى، وهو مادة سريعة الامتصاص فى المعدة والأمعاء الدقيقة، ولكن بعض العوامل قد تعطل امتصاصها منها زيادة نسبة الكحول عن ٢٠٪ أو تخفيفها بنسبة كبيرة من الماء أو امتلاء المعدة بالطعام وخاصة ما يحتوى على المواد الدهنية والنشوية، وما أن يمتص الكحول ويصل الى الدم الذى يقوم بحملة الى خلايا المخ حتى يبدأ تأثيره السريع فى الجهاز العصبى المركزى ومن ثم يؤثر وبشدة على سلوك الفرد ومزاجه. تؤدى الكمية المعتدله الى إحساس مقبول من الإثارة، وإحساس بالسعادة ويتبع ذلك الرغبة فى الاسترخاء والهدوء، ولكنها تضعف قدرته على الالتزام بالضوابط والقواعد الاجتماعية كالحياء وانتقاد الذات فيأتى المتعاطى بأفعال يستنكرها فيما بعد، كما تضعف سيطرته على الوظائف العقلية بالمخ، ويؤدى الى فقد الاتزان والكلام والتناسق الحركى بسبب تأثيرها على المخيخ وتهتز مقلتا العينين واليدين، كما تتأثر قدرته على إصدار الأحكام والمنطق، والذاكرة والادراك، أما فى حالة الجرعات الكبيرة جداً يحدث التأثير المسكن للكحول ويفقد المتعاطى الوعى وتتعطل وظائف القلب والتنفس فى النخاع المستطيل ويموت المتعاطى بسبب الفشل التنفسى.

المحكات التشخيصية للتسمم (للثمالة) بالكحول:ـ

أ ـ الاحتساء الحالي للكحول.

ب ـ تغيرات سلوكية أو نفسية غير توافقية ذات دلالة اكلينيكيه (مثل: سلوك جنسي أو عدواني غير مناسب، وعدم استقرار انفعالي، فساد الأحكام أو المنطق وقصور المهام الاجتماعية أو الوظيفية) تتطور كلها أثناء تعاطي الكحول أو بعد التعاطي بفترة قصيرة.

جـ ـ واحدة أو أكثر من العلامات الاتية تتطور أثناء تعاطي الكحول أو بعدها بفترة قصيرة:ـ

١ـ بطء الحديث.

٢ـ عدم الإتساق أو التأزر.

٣ـ الترنح أثناء المشي.

٤ـ الرأرأه (التذبذب اللاإرادى السريع للمقلتين)

٥ـ قصور في الانتباه والذاكرة.

٦ـ غشية او غيبوبة

د ـ لا ترجع الأعراض الى ظروف طبية عامة ولا تفسرها إضطربات عقلية أخرى بشكل افضل.

ولا يقتصر تأثير الكحول على الأعراض المباشرة التي عُرضت، ولكن هناك ما يعرف بالأثار السلبية غير المباشرة والمتمثلة في حوادث السيارات، فحوالي ٤٧,٩٪ من حوادث السيارات على الطرق السريعة في أمريكا في ١٩٩١ كانت بسبب استخدام الكحول (طبقاً لتقرير المؤسسة الوطنية لأمن الطرق السريعة في ١٩٩٢) كما يؤدى التسمم بالكحول الى مشكلات في العمل والمنزل، ويرتبط المستوى المرتفع من الكحول في الدم بكل أنواع الجرائم، فما بين ٤٠ - ٦٠٪ من جرائم العنف ترتبط بتعاطي الكحول، وفي عام ١٩٩٢ كان ما يقرب من ٨٠٪ من الجرائم ترتبط بالسعي لبيع أو امتلاك الكحول أو مواد مخدرة. كما يرتبط

بالمخاطرة فى الإقدام على سلوك جنسي غير مشروع، وتزيد معه نسبة العنف الأسرى مثل العدوان على الزوجة والأطفال (wilson, t.et al, 1996)

أما آثارها الصحية فعديدة وأهمها: التهابات المعدة، وقرحة المعدة، وتشمع الكبد وتضخمه، وإضطراب وظائف القلب، وضمور خلايا المخيخ والتهاب الأعصاب المحيطية والضعف الجنسي ورعشة اليدين والسل الرئوى وأمراض العضلات، والعمى الكحولي، ومتلازمة الجنين الكحولي التى يصاب بها جنين الحامل التى تسرف فى شرب الخمر بسبب تراكم مادة الأسيتالدهيد فى دم الأم وقد تؤدى الى وفاة الجنين وتأخر نموه الجسمى والتأخر العقلى وتشوهات الجهاز العصبى والقلب والوجه (عادل الدمرداش: ١٩٨٢).

إنسحاب الكحول: حدد DSM IV المحكات التشخيصية الأتية لانسحاب الكحول:ـ

أ ـ التوقف عن (أو التقليل من) استخدام الكحول بعد تعاطيه بكثافة ولمدة طويلة.

ب ـ إثنين او أكثر من الأعراض الأتية تتطور خلال عدة ساعات وحتى أيام قليلة بعد حدوث المحك (أ):ـ

١ـ فرط نشاط الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادى) ويتضح ذلك فى تصبب العرق وزيادة ضربات القلب عن ١٠٠ مرة.

٢ـ زيادة ارتعاش اليدين.

٣ـ الأرق.

٤ـ الغثيان أو التقيوء.

٥ـ هلاوس بصرية عابرة أو لمسية أو سمعية أو أوهام وخداعات.

٦ـ إثارة نفس حركية

٧ـ قلق.

٨ـ نوبات صرعية كبرى.

جـ ـ الأعراض الموجودة فى المحك (ب) تحدث أسى نفسى (أو حزن) أو قصور اجتماعى ومهنى أو فى مجالات هامة أخرى من مجالات الحياة.

د ـ لا ترجع الأعراض الى حالة طبية عامة ولا تفسرها بشكل أفضل إضطرابات عقلية أخرى.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:ـ

أما ونحن فقد صرف الله عز وجل عنا شر هذا الداء ما إذا إلتزمنا بشريعته الغراء، ولذلك فإن نسبتها محدودة فى العالم العربى. فى حين تعد نسبة انتشار إدمان الكحول فى العالم اعلى نسبة إضطراب فى العالم، فحوالى ٥-٧٪ من سكان أمريكا يعانون من سوء استخدام أو الاعتماد على الكحول، ويكلف ذلك أمريكا ٩٨,٦ بليون دولار أمريكى سنوياً. وغالبا ما يشيع تعاطيه فى الفترة العمرية ١٨-٤٤ سنة حيث يمثل مدمنى هذه الفترة العمرية اكثر من ضعف المدمنين فى الفترات العمرية الأخرى ونسبة النساء فى هذا المدى العمرى تعادل ربع نسبة الرجال تقريباً.

ومن الإضطرابات المصاحبة ضلالات التسمم والانسحاب والخرف الكحولى وقد يصاحبه إختلالات ذهانية ومزاجية وظيفية كما يرتبط بانسحاب الكحول ضلالات الانسحاب والاختلالات الذهانية والمزاجية واختلال القلق وإضطرابات النوم.

٢ـ الأمفيتامينات Amphetamines

يبدأ تاريخ الأمفيتامينات فى سنة ١٨٨٧ حينما تمكن إديليانو Edeleano من تكوينها معملياً، وكان جوردن أليس Alles أول من وصف أثارها السيكوفارماكولوجيه فى عام ١٩٢٨م وسرعان ما سوقته إحدى الشركات الدوائية للاستخدام من خلال بخاخة للاستنشاق يستعملها من يعانون التهاب أغشية الأنف المخاطية وفى سنة ١٩٣٥ صُنعت المادة فى شكل أقراص واستخدمت لعلاج حالات النوم القهرى، وفى أوائل الأربعينات بدأ استعمال الأمفيتامينات يشيع بين الطلاب ليتمكنوا من مقاومة النوم والاستزاده من استذكار الدروس فى مواسم الامتحان ثم تلا ذلك شيوع شهرة هذه الأدوية بين الرياضيين وسائقى الشاحنات الكبيرة وسباق الخيول وبين الجنود الأمريكيين فى حرب فيتنام (مصطفى سويف ١٩٩٦)

وتعـد كـل مركبـات الأمفيتامينـات مشـتقات للفينيـل إثيـل أميـن Phenylethylamine وتدور استعمالاتها الطبية فى السيطرة على الوزن ومساعدة الراغبين على زيادة الأداء البدنى والعقلى واليقظة والتخلص من الإعياء، إلا أن اساءة استخدامها أو الأفراط فيه يؤدى الى العديد من الأعراض النفسية والعضوية غير المرغوبة حيث يؤدى الى تحرر الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدة الكظرية ومن الجهاز العصبى المركزى ومن ثم يزيد ضربات القلب وضغط الدم وتوتر العضلات والنبضات العصبية فى المفاصل ويمكن توضيح أهم مظاهر الثمالة بالأمفيتامينات طبقاً لـ DSM. IV.

المحكات التشخيصية للتسمم (للثمالة) بالامفيتامنيات DSM, IV. 1994

أ ـ استخدام حديث للأمفيتامينات أو مادة مرتبطة به (مثل الميثيل فينيدات)

ب ـ تغيرات سلوكية أو نفسية غير توافقية ذات دلالة كلينيكية (مثل الشعور بالفرح أو التبلد العاطفى، تغيرات فى الميل للتفاعل الاجتماعى، فرط الحذر أو اليقظة، الحساسية فى العلاقات البينشخصية، القلق، التوتر أو الغضب، السلوكيات النمطية، فساد الحكم أو المنطق، قصور الأداء الوظيفى "المهنى" أو الاجتماعى) تكون قد تطورت خلال أو بعد فترة قصيرة من استخدام المادة أو العقار.

جـ ـ إثنان أو أكثر مما يلى تتطور خلال فترة قصيرة من استخدام الأمفيتامين أو المادة المرتبطة:ـ

١ـ خفقان القلب (تسارع النبض) أو هبوط القلب (تباطؤ النبض)

٢ـ إتساع إنسان العين (البؤبؤ)

٣ـ ارتفاع أو انخفاض فى ضغط الدم

٤ـ تصبب العرق أو القشعريرة

٥ـ الغثيان أو التقيؤ.

٦ـ فقد واضح فى الوزن

٧ـ إثارة أو تأخر نفس حركية

٨ــ الضعف العضلى، هبوط أو ضيق التنفس، آلام فى الصدر أو عدم انتظام ضربا القلب.

٩ـ الارتباك، نوبات تشنجية، الإحساس الشاذ بحركات العضلات والأوتار أو الغيبوبة.

د ــ هذه الأعراض لا ترجع الى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية إضطرابات عقلية أخرى.

المحكات التشخيصية لانسحاب الأمفيتامينات

أـ التوقف عن (أو التقليل من) استخدام الأمفيتامينات (أو مادة مرتبطة) بعد تعاطيه بكثافة ولمدة طويلة.

ب ـ مزاج عكر واثنين (أو أكثر) من التغيرات الفسيولوجية الأتية تتطور خلال ساعات قليلة وحتى عشرة أيام بعد حدوث المحك (أ).

١ــ التعب.

٢ــ أحلام غير سارة شديدة ونشطة.

٣ــ الأرق أو كثرة النوم (الوخم).

٤ــ زيادة الشهية للطعام.

٥ــ تأخر أو إثارة نفس حركية.

جـ ـ الأعراض فى المحك (ب) تسبب أسى أو عدم ارتياح نفسى ذات دلالة اكلينكية أو قصور فى النواحى الاجتماعية أو المهنية أو أية مجالات هامة أخرى.

د ــ لا ترجع هذه الأعراض الى حالة طبية عامة ولا تفسرها اية اضطرابات عقلية أخرى.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:ــ

أوضحت بعض الدراسات المسحية أن حوالى ٧٪ من المجتمع العام يستخدمون الأمفيتامينات والمواد الشبيهة استخداماً غير طبياً لمرة واحدة على الأقل

خلال حياتهم، بعض الأشخاص الذين يستخدمونها إعتمدوا عليها فى البداية للتحكم فى الوزن، والبعض استخدمها على سبيل التجريب، وعادة ما يحدث الاعتماد عليها إذا تناولت بالحقن أو التدخين، ومن الإضطرابات المصاحبة بعض الإضطرابات الذهانية والمزاجية، وإضطرابات القلق والاختلالات الجنسية وإضطربات النوم.

٣ـ الكافيين:ـ

أحد مثيرات المجموعة العصبية السيمبثاوية الذى يجعل للقهوة والشاى والكولا والشيكولاتة أثارها وينتمى إلى فئة العقاقير المثيرة، حيث يعتقد العديد من العلماء أن مضادات الاكتئاب من هذه الفئة أيضا، حيث أن أثارها السلوكية تماثل أو تشابه أثار الأمفيتامينات والمثيرات الأخرى للمجموعة السيمبثاوية.

الاستخدام المحدود والمعتدل لهذه المنشطات يؤدى الى إنعاش الحالة المزاجية، ويزيد الانتباه العقلى والطاقة. أما الاستخدام بشكل مبالغ فيه فإنه يؤدى الى النشاط الزائد، وعدم الراحة، والأرق، والقلق، وفساد الأحكام، وحتى الغضب والمشاجرة، ويؤدى التسمم أو الثمالة بالمنشطات الى تغيرات فسيولوجيه واضحة تتضمن تغيرات فى معدل ضربات القلب وضغط الدم، والوظائف المعدية/ المعوية، واضطراب التنفس، والتشتت، والغشية أو الإغماء يمكن أن تحدث أيضاً فى حالات شدة تركيز الكافيين فى الدم، كما يرتبط التسمم المزمن بالكافيين بالبلادة الإنفعالية (اللامبالاة وعدم الاكتراث)، والتعب، الحزن والانسحاب الاجتماعى، وصعوبة التركيز، وضلالات بارانويدية يمكن أن تحدث فى حالة الاستخدام المتكرر لهذه المادة ولمدة طويلة من الوقت، وهذه السلوكيات يمكن أن تؤدى الى حالة شبه عقلية تعرف بالتسمم الذهانى Toxic psychosis وتشبه حالة الفصام البارانويدى: ويميز العلماء بين نوعين من الإضطرابات التى تترتب على تعاطى الكافيين هما ثمالة الكافيين أو الكفاينية Caffeinism والانسحاب الكافينى ويمكن توضيح أعراض ثمالة الكافيين على النحو الآتى:

المحكات التشخيصية للتسمم (ثمالة) الكافيين:ـ

أ ـ الاستهلاك الراهن للكافيين، عادة ما يزيد عن ٢٥٠ مليجرام (أكثر من ٢-٣ فنجان من القهوة brewed coffee).

ب ـ خمسة (أو اكثر) من العلامات الأتية تتطور خلال ـ أو بعد استخدام الكافيين بفترة قصيرة:ـ

١ـ الضجر أو التململ.

٢ـ العصبية (سهولة الاستثارة).

٣ـ الإثارة (التوتر).

٤ـ الأرق.

٥ـ وجه متورد (بحمرة الورد).

٦ـ كثرة التبول (وأحياناً التبول اللاإرادى).

٧ـ اختلال القدرة على تذوق الطعام.

٨ـ انتفاض أو ارتعاش العضلات.

٩ـ فيض متدفق من الأفكار والحديث.

١٠ـ خفقان القلب (تسارع النبض) أو هبوط القلب (تباطؤ النبض)

١١ـ النشاط الزائد (عدم الكلل أو الملل فى بعض الوقت).

١٢ـ إثارة نفس حركية.

جـ ـ الاعراض فى المحك (ب) تسبب أسى أو عدم ارتياح نفسى ذات دلالة كلينكية أو قصور فى النواحى الاجتماعية أو المهنية أو أية مجالات هامة أخرى.

د ـ لا ترجع هذه الأعراض الى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية إضطرابات عقلية أخرى.

أما انسحاب الكافيين مثله كبقية المنشطات يتضمن نوعاً من الانهيار Crash للحالة المزاجية، حيث تنتاب المتعاطى فترة من القنوط والاكتئاب العميق مصحوب

بإضطراب فى نشاط المجموعة السيمبتاوية والجهاز الهضمى يمكن أن يبقى لأيام عديدة. ويمكن أن تزول أعراض الانسحاب إذا تم تناول كمية من عقار بديل. وعلى الرغم من أن الدليل التشخيصى والإحصائى فى إصداره الرابع قد وضع محكات انسحاب الكافيين ضمن الأبعاد والمحاور التى ما زالت تحتاج الى مزيد من الدراسات إلا أنه حدد بعض الأعراض أهمها الصداع والقيء والوخم والاكتئاب وصعوبة التركيز ويمكن عرضها على النحو الآتى:

المحكات التشخيصية لانسحاب الكافيين (DSM. IV, 1994, p: 709)

أ ـ استخدام يومى ممتد للكافيين.

ب ـ الانقطاع المفاجئ عن استخدام الكافيين أو خفض كمية الكافيين المستخدمة متبوعة مباشرة بصداع Headache وواحدة أو أكثر من الأعراض الأتية:

١ـ إجهاد واضح أو نعاس.

٢ـ قلق واضح أو اكتئاب.

٣ـ غثيان أو قئ.

جـ ـ الأعراض فى المحك (ب) تسبب آسى نفسى أو عدم ارتياح نفسى ذا دلالة كلينيكية أو قصور فى النواحى الاجتماعية أو المهنية أو أى مجالات هامة أخرى.

د ـ لا ترجع هذه الأعراض الى حالة طبية عامة (مثل الصداع النصفى migraine أو مرض فيروسى) ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلى أخر.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:ـ

نسبة الانتشار غير معروفة نظراً لأن نسبة كبيره من الناس يستخدمون المواد المشتملة على الكافيين ضمن المشروبات المنبهة والمنشطة على مدار اليوم، ويبلغ متوسط نصف العمر للكافيين ٢-٦ ساعات وتستمر أعراض التسمم به من ٦-١٢ ساعة بعد التعاطى، وعادة ما تحدث الإطاقة والتحمل للأثار السلوكية للمخدر، ولا يحدث التسمم إلا بزيادة الجرعة أو الاستخدام المتكرر بشكل واضح، ومن الإضطرابات المصاحبة القلق وإضطربات النوم.

٤ـ الكوكايين:ـ

مثير قوى للجهاز العصبى قصير الفاعلية، يشبه تأثيره إلى حد كبير جداً تأثير الأمفيتامينات، إلانه قصير العمر شديد التأثير، الإستخدام الطبى الوحيد للكوكايين هو استخدامه كمخدر موضعى فى العمليات الجراحية الصغرى. ويستخلص من نبات الكوكا واستخدمه الهنود الحمر منذ أكثر من ألف سنة حيث كانوا يمضغون أوراقه ويبقونها فى الفم لاستحلاب مكوناتها لتحدث أثرها المنشط، أما الأن فيتم تعاطيه فى أشكال متعددة كالتدخين والشم والحقن، فى حين أن تناوله عن طريق الفم يقلل فعاليته ولكن إذا تم تعاطيه بالاستنشاق تظهر أثاره فيما لا يتجاوز عشرون دقيقة وتزول بعد ساعة تقريباً. ولذلك فإن ما يصاحبه من تطاير الأفكار، والشعور بالسعادة والصخب تجعل المتعاطى يبحث عنه. أما الكراك Crack فهو خليط جاف من أملاح هيدروكلوريد الكوكايين والماء والبكنج صودا، ويتم تدخينها لتعطى تأثير سريع وقوى. ويقول أحد الأطباء النفسيين الأمريكيين المتخصصين فى علاج الإدمان أن الكراك هو أكثر عقاقير الإدمان المعروفة للإنسان الآن. ويحدث الكوكايين والكراك أثرهما الاعتمادى السريع لسببين

١ـ الخفة والسرور euphoria التى يحققاها تعد معززاً قوياً.

٢ـ ان أثرهما قصيرة الأمد والتى غالباً ما تكون مصحوبة باكتئاب تدفع المتعاطى إلى إعادة الاستخدام واحدة بعد الأخرى

المحكات التشخيصية للتسمم بالكوكايين (DSM. IV, 1994)

أ ـ استخدام حديث للكوكايين.

ب ـ تغيرات سلوكية غير متوافقة ذو دلالة اكلينكية أو تغيرات سيكولوجية مثل (الشعور بالفرح أو التبلد العاطفى، تغيرات فى الميل للتفاعل الاجتماعى، فرط الحذر أو اليقظة hypervigilance، والحساسية فى العلاقات البينشخصية، القلق، التوتر أو الغضب، السلوكيات النمطية، فساد الحكم أو المنطق، قصور فى الأداء الوظيفى أو الاجتماعى) يكون قد تطور خلال أو بعد فترة قصيرة من استخدام الكوكايين.

جـ ـ إثنان أو أكثر من العلامات الأتية تتطور خلال أو بعد فترة قصيرة من استخدام الكوكايين.

١ـ خفقان القلب (تسارع النبض) أو هبوط القلب (تباطؤ النبض).

٢ـ إتساع إنسان العين (البؤبؤ).

٣ـ ارتفاع أو انخفاض فى ضغط الدم.

٤ـ تصبب العرق أو القشعريرة.

٥ـ الغيثان أو التقيؤ.

٦ـ فقد واضح فى الوزن.

٧ـ تأخر نفسي حركي.

٨ـ الضعف العضلي، هبوط أو ضيق التنفس respiratory depression، آلام فى الصدر، عدم انتظام ضربات القلب.

٩ـ الارتباك، نوبات تشنجية، والإحساس الشاذ بحركة العضلات والأوتار، واختلال انقباضها dystonias، أو الغيبوبة.

د ـ هذه الأعراض لا ترجع الى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية إضطربات عقلية أخرى كما يجب أن يوضح فى التشخيص ما اذا كان ذلك مصحوباً بإضطرابات إدراكية.

وبالإضافة الى الأثار النفسية الخطيرة للكوكايين وإدمان الكراك، فإن إدمانهما يؤدى لتلف واضح فى الأوعية الدموية والرئتين، كما أن له تأثير على قدرة المرأة الحامل التى تتعاطى الكوكايين على استكمال فترة الحمل وصعوبة عملية الوضع، كما يؤدى لإضطرابات الوظائف الجنسية كالبرود الجنسي عند المرأة والعنه والقذف المبكر عند الرجل وفقد الرغبة الجنسية حتى بعد الانقطاع عن التعاطى، وعلى الجانب العقلى يؤدى الى صعوبة الانتباه والتركيز بالإضافة الى "نوبات الهلع" بتكررات عالية ويرجع الباحثون المتخصصون أن هذه

الإضطرابات تأتى كنتيجة طبيعية لتأثير الكوكايين على المخ وهو التأثير الذى يتلخص فى خفض عتبة الإحساس بالمنبهات أى انخفاض الحد الأدنى المطلوب لصدور الاستجابة على المنبهات (مصطفى سويف ١٩٩٦). هذا فضلاً مما ذكرناه فى المحك (جـ) من المحكات التشخيصية، والأعراض المصاحبة لانسحابه ويمكن عرضها فيما يلى:

المحكات التشخيصية لانسحاب الكوكايين (DSM. IV, 1994)

أ ـ التوقف عن (أو التقليل من) استخدام الكوكايين بعد تعاطيه بكثافة أو لمدة طويلة.

ب ـ مزاج عكر dysphoric Mood، واثنين أو أكثر من التغيرات الفسيولوجية الآتية تتطور خلال ساعات قليلة وحتى عدة أيام بعد حدوث المحك (أ).

١ـ التعب.

٢ـ أحلام غير سارة شديدة ونشطة.

٣ـ الأرق أو كثرة النوم (الوخم).

٤ـ زيادة الشهية للطعام.

٥ـ تأخر أو إثارة نفس حركية.

جـ ـ الأعراض فى المحك (ب) تسبب أسى (أو عدم أرتياح نفسى) ذا دلالة إكلينكية أو قصور فى النواحى الاجتماعية والمهنية أو أية مجالات هامة أخرى.

د ـ لا ترجع هذه الأعراض إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية إضطرابات عقلية أخرى.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:ـ

أوضحت أحد الدراسات المسحية الأمريكية أن حوالى ١٢٪ من الأمريكان يستخدمون الكوكايين يوما ما على مدار حياتهم، ٣٪ استخدموه خلال العام الأخير، ١٪ استخدموه خلال الشهر الأخير، ونظراً لخطورته يرتبط به عدداً من الإضطرابات كأضطرابات النوم والقلق والإضطرابات الجنسية والذهانية والمزاجية.

٥ـ عقاقير الهلوسة

وتتضمن عقاقير مثل إل. إس. دى L. S. D. وهى اختصار للأسم الكيميائى (حامض الداى إثيل أمين الليتارجيك)، والسيلوسوبين psilocybin، وبذور تمجيد الصباح والمسكالين والفينسكلدين. وكلها مركبات مصنعة تسبب الهلاوس وأهمها التشوية البصرى والسمعى لما يحيط بالمتعاطى فى البيئة، حيث تبعد المتعاطى عن الأشياء المحيطة به، وأحياناً تجبره على التفكير مرة أخرى فى علاقاته، والوصول الى هذه الحالة من الشعور أو الوعى تعد تعزيزاً لبعض الناس. وفى بعض الحالات يكون هذا الأمر من الأهمية لبعض الناس الى حد أنهم يقيمون السعادة فى حياتهم على تعاطى عقاقير الهلوسة وليس المنزل والمدرسة والأسرة والأصدقاء.

ولطالما استخدمت عقاقير الهلوسة من قبل بعض رجال المذاهب والأديان المعاصرة كوسائل لتوسيع العقل اعتقاداً أنها تقربهم الى القوى الكونية التى تحكم هذا الكون مثل فرق الحشاشين والإسماعيلية وقبائل أمريكية تعتنق مذاهب فكرية وضعية. وإذا تم تناول عقاقير الهلوسة بين الحين والآخر وبشكل غير منتظم فلا يحتمل أن تسبب أضراراً جسيمة، ولكن إذا تم تعاطيها بشكل منتظم ومتكرر ومتقارب فإنها ستؤدى لعزل الفرد عن عالمه الواقعى، ويشعر بالاغتراب وسط مجتمعه، كما أن لها القدرة على تغيير عمل الناقلات العصبية فى المخ بصفة دائمة وتؤدى إلى ذهان بارنويدى مصحوب بهلاوس طويلة المدى يصعب علاجها.

المحكات التشخيصية للتسمم بالمهلوسات (DSM, IV. 1994)

وقد ميز الإصدار الرابع من الدليل التشخيصى والإحصائى بين المحكات التشخيصية للتسمم بالمهلوسات عموماً والفينسكلدين على وجه الخصوص، وسوف نعرض هنا المحكات العامة للتسمم بالمهلوسات وسنفرد جزءاً خاصاً للتسمم بالفينسكلدين فيما بعد وهى:ـ

أ ـ استخدام حديث لعقاقير الهلوسة.

ب ـ تغيرات سلوكية غير متوافقه ذو دلالة اكلينكية أو تغيرات سيكولوجية (مثل القلق الواضح أو الاكتئاب، وأفكار الإشارة Ideas of Referance، والخوف من فقدان المرء لعقله، وأفكار هذائية بارنويديه paranoid Ideation وفساد الأحكام

أو المنطق، وقصور الأداء الوظيفى أو الاجتماعى) تتطور خلال أو بعد استخدام عقاقير الهلوسة بوقت قصير.

جـ ـ تغيرات إدراكية تحدث فى حالة اليقظة الكاملة والانتباه (مثل: حدة ذاتية فى الإدراكات، فقدان أو تبدد الشخصية depersonalization، فقدان الواقع، الخداعات، هلاوس حسية، تزامنات حسية Syne hesias تتطور خلال أو بعد استخدام عقاقير الهلوسة بفترة قصيرة.

د ـ إثنان أو أكثر من العلامات الآتية تتطور خلال أو بعد استخدام عقاقير الهلوسة بفترة قصيرة:ـ

١ـ إتساع إنسان العين (البؤبؤ).

٢ـ خفقان القلب (تسارع النبض).

٣ـ تصبب العرق.

٤ـ إرتعاش الجسم.

٥ـ عدم وضوح الإبصار (عتامة الإبصار blurring of vision)

٦ـ رجفة بالجسم.

٧ـ عدم الاتساق أو التآزر incoordination

هـ ـ هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية اختلالات عقلية أخرى.

أثارها:ـ تتشابه الآثار النفسية للمهلوسات فيما بينها من حيث الخصائص العامة ولكنها تختلف من حيث المدة المنقضية بين بدء التعاطى وبدء التأثير، ومدة استمرار التأثير، وشدة الأثار، كذلك تختلف فيما بينها فيما يتعلق بشكل المنحنى الذى يمثل العلاقة بين الجرعة والاستجابة، ويعد LSD من أقوى المهلوسات المعروفة ويتم امتصاصه بسرعة ملحوظة ومن أثارها عموماً تغير الحالة المزاجية وإدراك الزمن ومشاعر تشوه الشخصية، وانخفاض مستوى الأداء على اختبارات

تركيز الانتباه

تركيز الانتباه (مصطفى سويف: ١٩٩٦) بالإضافة إلى ما سبق ذكره يعرض DSM IV 1994 ما يعرف باختلال الإدراك الدائم بعقاقير الهلوسة أو ما يعرف بالإحساسات الاسترجاعية وهو إحساس يشبه الارتجاع الفني* Flashbacks إذ يعيش المتعاطى فجأة (دون مقدمات ملحوظة) خبرة سبق أن عايشها تحت تأثير العقار في وقت يكون قد توقف أو امتنع فعلاً عن استخدام عقاقير الهلوسة، وتتضمن واحدة أو أكثر من الأعراض الإدراكية التى مر بها أثناء التسمم بعقاقير الهلوسة (مثل: الهلاوس الهندسية geometric، وخداع الإدراكات فى الأشياء المتحركة ضمن المجال البصرى المحيط، وإرتجاعات الألوان، وتركز الألوان، وتخيلات لأشياء متحركة، وحالة إيجابية عقب التخيلات، وحالات حول الأشياء، الرؤية المكبرة macropsia، الرؤية المصغرة Micropsia) وتسبب هذه الأعراض أسى نفسى ذات دلالة اكلينكية واضحة أو قصور فى النواحى الاجتماعية والمهنية أو أية مجالات هامة أخرى، ولا ترجع لحالة طبية عامة مثل الأضرار التشريحية وعدوى المخ ونوبات الصرع البصرى ولا تفسرها اختلالات عقلية أخرى مثل الهذيان والعته والفصام أو عقاقير الهلوسة الطاردة للنوم.

أما عن علاقة المهلوسات بالمرض العقلى، فالرأى السائد الآن هو أنها قد تؤثر فى من يحملون استعداداً وراثياً للفصام فى أحد الاتجاهات التالية:ـ

أ ـ فقد تتسبب فى أن يفصح استعداد المرض عن نفسه مبكراً. أوـ

ب ـ قد ترسب هى مرضاً كان من الممكن أن يظل خامداً لولا تعاطى العقار. أوـ

جـ ـ قد تؤدى بالشخص إلى انتكاس فى مرض عقلى كان قد أصيب به وشفى منه من قبل (سويف: ١٩٩٦).

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة: أوضحت إحدى الدراسات المسحية فى أمريكا أن حوالى ٨٪ استخدموا عقاقير الهلوسة أو الفينسكلدين يوما ما على مدار حياتهم، ولكن نسبة الاعتماد الدائمة لا تتجاوز ٢٪، وأعلى مدى عمرى

---

* الارتجاع الفنى: مصطلح يستخدم للدلالة على قطع التسلسل التاريخى فى أثر أدبى أو مسرحى بإيراد أحداث أو مشاهد وقعت فى الماضى.

لاستخدامها يكون بين السادسة والعشرين والرابعة والثلاثين، كما حاول ٢٦٪ تجريب المهلوسات وخاصة في المدى العمرى بين ١٨-٢٥ سنة، وربما تنتشر عقاقير الهلوسة في دول الشرقين الأدنى والأوسط بمعدل أكبر من انتشارها في الغرب لتوفرها ورخص ثمنها. وتحدث عدداً كبيراً من أعراض الإضطرابات الذهانية كالهلاوس والضلالات فضلاً عن الإضطرابات المزاجية والقلق.

٦ـ المستنشقات (المذيبات الطيارة) Inhalant

يدرج البعض المذيبات الطيارة تحت فئة المسكنات/ المنومات التي تحدث تخديراً عند تعاطيها إلا أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي أفردت محكات تشخيصية خاصة للتسمم بها ويتم تعاطيها عن طريق الاستنشاق والذى اكتسبت أسمها منه أو ما يعرف لدى المتعاطين بالتشفيط (أو التسنس)، وغالباً ما ينتشر هذا النوع من الإدمان في المجتمعات الفقيرة أو في الطبقات الفقيرة من المجتمعات الغنية، كما تكثر بشكل خاص بين المراهقين. والمركبات الكيميائية المستخدمة لهذا الغرض كثيرة ويشيع استعمالها في المنازل مما يستلزم الانتباه الى الأبناء فقد يبدأون إدمانهم بمثل هذه المواد، ومنها سوائل التنظيف وتحوى تتراكلوريد الكربون، والتراى كلورإيثان والتراى كلورإثيلين، ومزيلات طلاء الأظافر التي تشمل الأسيتون والبنزين، والجازولين، والمنظفات المنزلية كالمثيل إثيل كيتون، والكولين، ومخلفات الطلاء ووقود الولاعات، والمواد اللاصقة مثل الصمغ، ولواصق البلاستيك، ولواصق إطارات السيارات، وغيرها.. أما عن الكيفية التي يتم بها عملية التعاطى، فتكون عن طريق وضع كمية قليلة من المادة المستخدمة في كيس فارغ من البلاستيك أو ورق السوليفان أو علبة فارغة وتقريبها من الفم والأنف لتتصاعد الأبخرة وتستنشق بعمق أو بالضغط على "الزر" ليخرج الغاز المتطاير بكمية معينة أو وضعها على قطعة من القماش ويكمم بها الفم لفترة من الوقت أو تسخينها للحصول على أبخرة أكثر وأسرع أو خلطها بالمشروبات الكحولية (عبد المجيد منصور: ١٩٨٦).

أما عن أثار استنشاق المذيبات الطيارة فعديدة وخطيرة حيث يبدأ المتعاطى بقدر من الإثارة العامة يعقبها حالة من الوخم، يعقبه قدر من الانفلات، ثم إثارة

تصل الى حد الهياج، وهذه أعراض مباشرة تترتب على التعاطى، فإذا استمر الشخص فى تعاطيه تبدأ تصدر عنه اختلاجات تبدو فى وضع الجسم وحركاته الإرادية ويكون ذلك مصحوباً بالتوهان أو فقدان التوجه، فإذا واصل الشخص التعاطى فإنه يصاب بالأرق مع ضعف عام فى العضلات وربما تعرض لبعض الهلاوس، وإذا قُدر له أن ينام لبضع ساعات فإنه يستيقظ وهو يشعر بالهمود مع قدر من الصداع (مصطفى سويف: ١٩٩٦)

المحكات التشخيصية للتسمم بالمستنشقات: DSM. IV 1994

أ ـ الاستخدام المتعمد فى الوقت الحالى أو من وقت قصير استخداماً مكثفاً وواضحاً للمستنشقات الطيارة (بإستثناء الغازات المخدرة وموسعات الأوعية الدموية).

ب ـ تغيرات سلوكية غير متوافقة ذا دلالة اكلينكية أو تغيرات نفسية (مثل: العدوانية، التهجم على الآخرين، اللامبالاة، فساد الأحكام أو المنطق، قصور الأداء الاجتماعى أو الوظيفى) تتطور هذه الأعراض خلال أو بعد الاستخدام الواضح للمستنشقات الطيارة بفترة قصيرة من الوقت.

جـ ـ إثنان (أو أكثر) من العلامات الأتية تتطور خلال أو بعد استخدام المستنشقات بوقت قصير:ـ

١ـ الدوار (الدوخان).

٢ـ الرأرأه (التذبذب اللاإرادى والسريع للمقلتين).

٣ـ عدم الاتساق أو التآزر.

٤ـ بطء الحديث.

٥ـ الترنح أثناء المشى.

٦ـ البلادة والكسل.

٧ـ بطء الانعكاسات.

٨ـ التأخر النفسى حركى.

٩ـ الرجفة أو الرعشة.

١٠ـ الضعف العام فى العضلات.

١١ـ تشوش الإبصار أو ازدواجية الرؤية diplopia

١٢ـ غشية أو غيبوبة.

١٣ـ خفة الحركة أو النشاط (السرور الزائد).

د ـ هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبيـة عامـة ولا تفسرها إضطرابات عقلية أخرى.

ومن مخاطر استنشاق المذيبات الطيارة أن النسبة الغالبة من المتعاطين تنتشر بين الأطفال والمراهقين، وخاصة الذين يعانون من إضطرابات أسرية حيث يتجه الأبناء الصغار إلى استخدام هذه المركبات لمواجهة المشاكل الأسرية أو تقليداً لسلوك الأباء الذين يدمنون الخمر أو يرتكبون الجريمة، كما أن التعاطى المزمن الذى يستمر لأسابيع وشهور متوالية يصحبه ظهور أعراض أخطر من تلك التى ذكرناها منها الهزال والضعف العضلى العام وتلف بالمخ وخلل بالجهاز العصبى ككل وتأثر الكلى والقلب والكبد مما يسبب نسبة عالية من الوفيات..

ولم تحدد الجمعية الأمريكية للطب النفسى محكات تشخيصية لانسحاب المستنشقات.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:

نسبة محدودة من الناس هم الذين يستخدمون المستنشقات الطيارة، ونسبة الاستخدام ترتفع فى المجتمعات والدول الفقيرة، وترتبط بالعديد من الإضطرابات كالذهانية والقلق وإضطرابات المزاج.

٧ـ الفينسكلدين Phencyclidine (PCP)

هو الأسم المختصر لعقار الفينسكلدين بيبريدين هيدروكلويد Phencyclidine piperedine HCL صنفه البعض ضمن عقاقير الهلوسة المصنعة، ولكن نظراً لتعدد الاثار النفسية والجسمية والعقلية له فهو ذو خواص

مُبهجة، وخواص مُخمدة تبعث على الكآبة، وخواص مهلسة ومسكنة للألم مما يجعل من الصعب تصنيفه دوائياً لذلك اقترح دورسيك وجيرادنو (١٩٨٧) أن يصنف ضمن المخدرات المفككة ورفضا اعتباره عقاراً مهلوساً واستجابت الجمعية الأمريكية للطب النفسى وايدت الاقتراح السابق ووضعت للفينسكلدين قائمة مستقلة للأعراض التشخيصية للتسمم به.

صنع هذا العقار ليكون مخدراً عاماً للإنسان أثناء العمليات الجراحية واستخدامه فى شل حركة الحيوانات وخاصة الضخمة منها ليتيسر نقلها من الغابات إلى حدائق الحيوان أو العكس، وفى سنة ١٩٦٥ طلب صانعوه بارك وديفيس وشركاهما وقف استعماله على الإنسان بسبب ما يتركه من أثار جانبية بعد العمليات الجراحية تتراوح بين الحيرة والهذيان. ولكنه عاد للظهور فى سان فرانسيسكو عام ١٩٦٨ وفى مناطق الساحل الغربى الأمريكى مع إساءة استعماله حيث انتشر تحت اسم حبة السلام Peace pill ويرمز له بالرمز (بى سى بى) PCP ويتم تعاطيه عن طريق البلع أو التدخين أو الاستنشاق، وفى سنة ١٩٧٧ تسبب فى وفاة مائة حالة من المتعاطين وفى أكثر من ٤٠٠٠ حالة تسمم تم علاجها فى غرف العناية المركزة وتعاطاه حتى عام ١٩٨٧ أكثر من سبعة ملايين متعاط، كما يرش بى سى بى على الماريجونا أو البقدونس ثم يدخن، وإذا ابتلع دامت أثاره مدة أطول وقلت السيطرة عليه (دوسيك وجرادنو: ١٩٨٧)

الجرعة المعتدلة تخلف أثاراً منها فقدان الشخصية إذ يشعر من يستعمله بأنه فى عزله وقطيعة عن البيئة المحيطة به وتصل الإشارات الحسية مشوة إلى قشرة الدماغ وتتقلص حركة الجسم ويبدو كأن الوقت يسير ببطء وتصاب الإشارات العصبية بالخمول وتخفق عملية التنسيق ويصبح الكلام عديم المعنى، أما الاثار الحسية فتشمل زيادة فى سرعة نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم، وإذا زادت الجرعة تحدث هلوسات سمعية كما تحدث تشنجات وسلوكيات شاذة بما فى ذلك العرى أمام الناس واللجوء إلى العنف والقوة (دوسيك وجرادنو: ١٩٨٧)

المحكات التشخيصية للتسمم بالفينسكلدين:

أ ـ استخدام حديث للفينسكلدين (أو مادة مرتبطة به).

ب ـ تغيرات سلوكية غير توافقية ذات دلالة اكلينكية (مثل: حُب العراك أو القتال، العدوان، الإندفاعية، سلوكيات لا يمكن التنبؤ بها، فساد الأحكام والمنطق، الإثارة النفس حركية، إضطراب فى الأداء الاجتماعى والوظيفى) تتطور خلال أو بعد استخدام الفينسكلدين بوقت قصير.

جـ ـ خلال ساعة واحدة (أو أقل عندما يتم تعاطيه بالتدخين أو حقنه فى الوريد) يظهر إثنين أو أكثر من العلامات الأتية.

١ـ الرأرأه (تذبذب المقلتين) رأسياً أو افقياً.

٢ـ زيادة ضغط الدم الشريانى أو خفقان القلب (تسارع النبض).

٣ـ فقد الإحساس (الخدل) أو ضعف الاستجابة للألم.

٤ـ الاتاكسيا Ataxia (عدم القدرة على تنظيم حركة العضلات الإرادية).

٥ـ آلام مفصلية.

٦ـ تصلب العضلات.

٧ـ نوبات تشنجية أو غيبوبة.

٨ـ فرط الحساسية للصوت Hyperacusis

د ـ لا ترجع هذه الأعراض إلى حالة طبية عامة ولا تفسر بأية إختلالات عقلية أخرى.

وللفينسكلدين أعراضاً عقلية أخرى مثل إضطرابات الذاكرة وتغيرات مزاجية كالكآبة والقلق وخاصة عند تعاطيه مرة كل يومين أو ثلاثة أما الجرعة التى تزيد عن نصف جرام فهى خطر على الحياه وتسبب أعراض كالغشية والغيبوبة وتقيؤ وتأخذ حدقة العين شكلاً متوسطاً وارتعاش وتشنج فى العضلات، وحمى واحمرار الأطراف وانخفاض فى القدرة الحسية.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:

يعد الفينسكلدين مسئولاً عن موت ٣٪ من متعاطى المخدرات والعقاقير، ويتعاطاه أكثر من ٣٪ من المترددين على غرف العناية المركزة، وقد انخفض معدل استخدامه بين طلاب المدارس الثانوية فى أمريكا من ١٣٪ خلال الثمانينات إلى ٣٪ تقريباً الآن. ويرتبط بالقلق والإضطرابات المزاجية.

٨ ـ المسكنات والمنومات أو مضادات القلق Sedative, Hypnotic or Anxiolytic

تختزل هذه المسكنات والمنومات نشاط المخ، وخاصة نشاط الجهاز الشبكى فى جذع المخ. ولذلك تستخدم هذه العقاقير فى التسكين والتهدئه إذا استخدمت بجرعات صغيرة أو كمنوم إذا استخدمت بجرعات كبيرة، ويندرج تحت هذه الفئة الباربتيورات barbiturates (مثل: السيكوبربيتال والميثاربيتال)، والبنزوديازين وهى مضات للقلق (مثل: الليبريوم والفاليوم)، والكرباماات (مثل: المبروبمات)، والمنومات شبيهة الباربتيورات (مثل: الميتاكوالون) وبالإضافة لذلك توجد مسكنات/ منومات أخرى يتم صرفها بوصفات طبية (روشتة) وتشمل هذه الأدوية الكولاد Ceuaalude، الدوردين Doriden والنولودار Noludar، وتستخدم مثل الباربتيورات فى التسكين وجلب النوم، كما تصنف المهدئات الثانوية (البسيطة) مثل الليبريوم والفاليوم كمسكنات ومنومات لأنها توصف طبياً كمرخيات للعضلات ولجلب الاسترخاء.

ويشيع اساءة استخدام العقاقير المسكنة والمنومة بنسبة كبيرة، فإذا تم تعاطيها بكمية قليلة فإنها تسكن الألم تسكيناً طفيفاً، وتحدث الاسترخاء وإحساساً بالسعادة، وهذه الأحاسيس تغرى بإدمانها أو دوام تعاطيها ومن ثم يحدث الاعتماد والتحمل (الإطاقة)، حيث يميل المتعاطين إلى تناول جرعات أكبر وأكبر لكى يحافظوا على الأثر المدعم الذى حققته الجرعات الأولى، أما الجرعات الكبيرة منها فإنها تسبب هبوط فى نشاط الجهاز العصبى المركزى ومن ثم فى سلوك المتعاطى كما تؤدى إلى عدم القدرة على التنفس.

المحكات التشخيصية للتسمم بالمسكنات والمنومات أو مضادات القلق:ـ

أ ـ الاستخدام الحديث للمسكنات والمنومات أو مضادات القلق.

ب ـ سلوك غير متوافق ذا دلالة اكلينيكية أو تغيرات سيكولوجية (مثل: سلوك جنسى أو عدوانى غير ملائم، مزاج غير مستقر، فساد الحكم والمنطق، إضطراب فى النواحى الاجتماعية أو الوظيفية) تطورت أثناء أو بعد استخدام المسكنات والمنومات أو مضادات القلق بفترة قصيرة.

جـ ـ واحد أو أكثر من العلامات الأتية تتطور أثناء أو بعد استخدام المسكنات والمنومات أو مضادات القلق بفترة قصيرة.

١ـ بطء الحديث

٢ـ عدم الأتساق

٣ـ الترنح أثناء المشى

٤ـ الرأرأه (التذبذب اللاإرادى والسريع للمقلتين).

٥ـ ضعف فى الانتباه والذاكرة

٦ـ غشية أو غيبوبة

د ـ هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية اختلالات عقلية أخرى.

وتعتبر العقاقير المسكنة/ المنومة مخدرات مضافة additive بمعنى أنها تضاف إلى مواد أخرى بمقادير صغيرة لإعطائها خصائص مرغوباً فيها أو لطمس خصائصها البغيضة أو أن مزجها بمخدر أخر يحدث تأثيراً أكبر مما يمكن الحصول عليه من أى من المادتين بمفردهما، ومن أشهر التركيبات فى ذلك مزج المسكنات أو المنومات بالكحول، وهو مسكن أيضاً، إلا أن مزج المسكنات والمنومات بمواد أخرى يكون قاتلاً فى أحيان كثيرة عندما يصل تأثيرها إلى هبوط حاد فى التنفس وفشل فى وظائف الجهاز العصبى المركزى، ولذلك تستعمل كوسائل انتحار، وتؤدى إلى التصرف بعنف وإلى حوادث مرورية كما تحدث

تغيرات جذرية فى أنماط النوم مثل تخفيض الحركة السريعة للعينين اثناء النوم، كما يؤثر على أجنة الأمهات الحوامل اللاتى يتعاطين المخدر.

الامتناع المفاجئ بعد مرور يوم واحد يشعر المدمن بالقلق وعدم القدرة على الاستقرار والأرق والارتجاف والدوخة والهلاوس البصرية والنوبات الصرعية المتكررة والكوابيس والفزع الليلى والتشنجات والغيبوبة وأحيانا الموت مما يدفع المدمن إلى العودة للمخدر من جديد تفادياً لهذه الأعراض المؤلمة ما لم يتم العلاج تحت إشراف طبى. وتحدد الجمعية الأمريكية للطب النفسى **المحكات التشخيصية لانسحاب المسكنات والمنومات أو مضادات القلق فيما يلى:ـ**

أ ــ الامتناع عن (أو التقليل من) مسكن أو منوم أو مضاد للقلق بعد استخدامه بكثافة أو لمدة طويلة.

ب ـ إثنان (أو اكثر) من العلامات الأتية تتطور خلال عدة ساعات وحتى أيام قليلة بعد حدوث المحك (أ).

١ـ فرط نشاط الجهاز العصبى المستقل أو اللاإرادى (مثل: تصبب العرق أو ارتفاع معدل النبض عن ١٠٠).

٢ـ زيادة ارتعاش اليدين.

٣ـ الأرق.

٤ـ الغثيان أو التقيؤ.

٥ـ هلاوس أو خداعات بصرية ولمسية أو شمية عابرة.

٦ـ إثارة نفس حركية.

٧ـ القلق.

٨ـ نوبات صرعية كبرى.

جـ ــ الاعراض المذكوره فى المحك (ب) تسبب عدم ارتياح نفسى أو قصور فى النواحى الاجتماعية والوظيفية أو أية مجالات هامة أخرى.

د ـ هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة ولا يفسرها اختلال عقلى أخر.

نسبة الانتشار والإضطرابات المرتبطة:ـ

يمثل البنزوديازين أكثر هذه المركبات استخداما من قبل الراشدين، حيث يقرر حوالى ١٠٪ أنهم استخدموه كعلاج طبى خلال العام الراهن، وترى إحدى الدراسات الأمريكية أن ٤٪ من المجتمع العام استخدموا أحد هذه المسكنات خلال يوم ما من حياتهم لأغراض غير طبية، ومضادات القلق بنسبة ٦٪ ، وترى هذه الدراسة أن حوالى ١,١٪ يستخدمون هذه العقاقير بصفة دائمة. وأكثر الإضطرابات ارتباطاً بها هى الاختلالات الفصامية والمزاجية، وإضطرابات النوم.

٩ـ الأفيونات Opioids

وتضم هذه الفئه ثلاث مجموعات من المخدرات القوية التى تسبب الإدمان:

أ ـ الأفيونات الطبيعية، وتستخلص من نبات الخشخاش مثل المورفين والكوداايين.

ب ـ الأفيونات شبه المُخلقه: وهى مشتقات كيميائية من المورفين أو الكوداايين مثل الهيروين.

جـ ـ الأفيونات المُخلقة: وهى مخدرات مُصنعة تشبه الأفيونات الأخرى فى تأثيرها مثل الميثادون والدارفون Darvone والدميرول Demerol.

فلقد عرف الناس ولعدة قرون مضت التأثير الذى تحدثه مادة مجففة تأتى من قطع غلاف ثمرة نبات الخشخاش، ومنذ ما يقرب من ستة آلاف سنة وصف السومريون نبات يدعى نبات البهجة joy Plant والذى كان نبات الخشخاش دون أدنى شك فى ذلك. حيث تحدث الأفيونات حالة من النشاط والخفة وإحساس عميق بالسعادة والخمول والدفء، وكذلك تحدث إحساس ذاتى مذهل بانتقال الفرد من الواقع المادى إلى حالة تشبه الحلم ، بالإضافة إلى ذلك لها قدرة كبيرة على تخفيف الألم.

ويرتكز الاستخدام الأساسى للأفيونات فى العلاج الطبى على هذا التأثير الأخير، وهو التحكم فى الألم. ولقد استخدم المورفين على وجه الخصوص كمسكن رئيسى (قاتل للألم) لمدة قرنين من الزمان، وما يزال يستخدم لنفس الغرض حتى

الآن، وبخاصة للتحكم فى الألم الشديد الذى يلى جراحة لتقويم أو استئصال الاعضاء أو الألم الناتج عن أنواع مختلفة من الأورام السرطانية.

ويعتبر الهيروين من أكثر الأفيونات شيوعاً فى عالم الإدمان، وهذا يرجع جزئياً إلى أنه أقوى من المورفين عدة مرات، وهو مسحوق أبيض عديم الرائحة وذو طعم لاذع، ويفضل متعاطو الهيروين مزجه بالماء وتعاطيه بالحقن فتلك الطريقة تحدث أثراً سريعاً، ويحدث الهيروين استرخاءً قوياً على الفور وحالة من الحلم والسعادة، وقد شبه كثير من متعاطى الهيروين حالة النشوى التى يحدثها الهيروين "بهزة الجماع" ومع ذلك فهذه عادة مكلفة جداً.

ويوجد مخدر أخر يُدمن باستمرار وهو الكودايين الموجود فى أدوية السُعال والذى يجب عدم صرفه من الصيدليات إلا بوصفات طبية (روشته)، والحالة التى يحدثها الكودايين أقل إثارة من الحالة التى يحدثها الهيروين، لكن الكواديين أقل خطورة وأرخص أيضاً.

المحكات التشخيصية للتسمم بالأفيونات:

أ ـ استخدام حديث للأفيون.

ب ـ سلوك غير متوافق ذو دلالة اكلينكية أو تغيرات سيكولوجية (مثل: السرور الزائد مبدئياً متبوعاً باللامبالاة أو فتور المشاعر، عدم الارتياح، الضعف أو الهياج النفسى الحركى، فساد الأحكام أو المنطق، قصور الأداء الاجتماعى أو الوظيفى) تطور أثناء أو بعد فترة قصيرة من استخدام الأفيون.

جـ ـ ضيق أو تقلص فى إنسان العين (أو دوران فى إنسان العين عند التسمم بجرعات كبيرة) بالإضافة إلى واحدة أو أكثر من العلامات الأتية تتطور أثناء أو بعد استخدام الأفيون بفترة قصيرة:ـ

١ـ دوار أو غيبوبة.

٢ـ بطء الحديث.

٣ـ قصور أو عطب فى الانتباه أو الذاكرة.

د ـ هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبيــة عامــة ولا تفسرها إضطرابات عقلية أخرى.

ومن مخاطر الأفيونات الطبيعية والمُخلقة سرعة إدمانها من ناحيــة وحدوث التحمل (الإطاقة) السريع والاعتماد البدنى عليها من ناحية أخرى، ويموت الكثيرين من المدمنين بسبب جهلهم أنهم يتعاطوا هـيروين أنقـى ممـا اعتـادوا عليـه، وتكـون النتيجة جرعة زائدة تسد مسارات التنفس تماماً وتسبب الوفـاة بالاختنـاق، وهنـاك خطورة أخرى تأتى من استخدام أفيونات مغشوشة بمواد مثـل بـودرة التلك ومـواد تبيض الأقمشـة بهدف تخفيف المخدر، وتسـتخدم تلـك المـواد بـالفعل لتخفيـف الهيروين، وزيادة الكمية والوزن والمشكلة هى أن بعض هـذه المـواد سـام فـى حد ذاته، والأمر الأكـثر خطـورة هـو حقـن الـهيروين باسـتخدام حقـن ملوثـة أو قـذرة، ولعلك تعلم أن مدمنى المخدرات الذين يستخدمون الحقن غير المعقمة في الوريد ــ وهـم الأغلبيـة ــ هـم أكـثر الجماعـات عرضـة للإصابـة بفـيروس نقـص المناعـة المكتسبة الذى يسبب مرض الإيدز.

ويؤدى الانقطـاع عـن تعـاطى الأفيونـات إلـى فـترات عصبيـة تتسـم بالغثيـان والقيئ والهياج النفسى-حركى والأرق وكلها من أعراض الانسحاب المؤلمة التـى قد تدفع المدمن إلى تعاطى جرعة زائده يمكن ان تحدث هبوط فى التنفس أو الموت.

المحكات التشخيصية لانسحاب الأفيون:ـ

أ ـ أى من المحكين التاليين:ـ

١ـ التوقف عن (أو التقليل من) استخدام الأفيـون بعـد تعاطيـه بكثافـة ولمـدة طويلة (عدة أسابيع أو أكثر).

٢ـ استخدام عقاقير مضادة للأفيون بعد فترة من استخدام الأفيون.

ب ـ ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الأتية تتطور خـلال دقـائق وحتـى عدة أيام بعد حدوث المحك (أ).

١ـ مزاج عكر.

٢ـ الغثيان أو التقيؤ.

٣ـ آلام فى العضلات.

٤ـ افراز غزير للدموع أو سيولة الأنف.

٥ـ إتساع إنسان العين (البؤبؤ)، وقوف أو انتصاب الشعر Piloerection أو تصبب العرق.

٦ـ الإسهال.

٧ـ التثاؤب.

٨ـ حُمى (ارتفاع درجة حرارة الجسم).

٩ـ الأرق.

جـ ــ الأعراض فى المحك (ب) تسبب الم نفسى ذى دلالة اكلينيكية أو ضعف فى النواحى الاجتماعية والوظيفية أو أى مجالات هامة أخرى.

د ـ هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة، ولا تفسرها أية اختلالات عقلية أخرى.

نسبة الانتشار والإضطرابات المرتبطة:

استخدمه حوالى ٦٪ من المجتمع العام كمسكن للألم بدون استشارة طبية، حوالى ٢,٥٪ استخدموه خلال العام الأخير،٠,٧٪ خلال الشهر الأخير، ١,٣٪ استخدموا الهيروين يوما ما خلال حياتهم، ٠,٢٪ استخدموه خلال الأسبوع الأخير، ولا تقل نسبة الاعتماد على الأفيونات عن حوالى ٠,٧٪ ويرتبط بالعديد من الاضطرابات المزاجية والقلق والذهان.

١٠ــ القنب (الماريجونا والحشيش)

يوجد نوعين من الارتباط بين منتجات القنب الهندى Cannabis "أى الماريجونا والحشيش" الارتباط الأول يتمثل فى العنصر الكيميائى الذى يحدث التأثير النفسى فى كليهما وهو التتراهيدروكانابينول (THC) Tetrahydrocannabinol بشكل مركز فى عصارة نبات القنب، فالماريجونا هى خليط من أوراق وبذور هذا النبات المجففة أما الحشيش Hashish فهو صورة أو مكون عالى التركيز من مادة

التتراهيدروكانابينول لأنه خليط عالى التركيز من القمم المُزهرة لهذا النبات، أما الارتباط الثانى فيتمثل فى ما بينهما من تشابه فى الأثر الذى يحدثانه عند تعاطيهما وخاصة الهلاوس الحسية (بصرية وسمعية ولمسية).

الكميات المعتدلة من الحشيش والماريجونا تشعر الفرد بتأثير ذاتى يتمثل فى الإحساس بالاسترخاء والسعادة، وفى بعض الأحيان ينطلق الفرد فيرى الأشياء بشكل جديد فتصبح مثلاً مضحكة أو سخيفة أو غريبة، وربما يزيد تأثير هذه المخدرات وجود الفرد فى جماعة أو فى جو احتفالى، وهذا هو أحد الأسباب فى أن الماريجونا والحشيش يتم تعاطيها فى جلسات جماعية، وتحدث الجرعات المعتدلة من الماريجونا تأثيرات على السلوك تشبه تلك الآثار التى تحدثها جرعات معتدلة من الكحول. كما تشمل الأعراض البدنية للتسمم بالماريجونا والحشيش هلاوس وأوهام أو ضلالات بارنويديه إذا أخذت بكميات كبيرة.

المحكات التشخيصية للتسمم بالماريجونا والحشيش DSM. IV, 1994

أ ـ استخدام حديث للحشيش أو الماريجونا.

ب ـ سلوك غير متوافق ذو دلالة اكلينيكية أو تغيرات سيكولوجية (مثل: قصور التأزر الحركى، الشعور بالفرح euphoria، القلق، الإحساس ببطء مرور الوقت، فساد الأحكام أو المنطق، الانسحاب الاجتماعى) يتم تطورها خلال أو بعد تعاطى الحشيش بوقت قصير.

جـ ـ وجود إثنين أو أكثر من العلامات الأتية تتطور خلال ساعتين من استخدام الحشيش أو الماريجونا.

١ـ حدوث زرقة فى ملتحمة العين (الغشاء المخاطى لباطن الجفن).

٢ـ زيادة الشهية للطعام.

٣ـ جفاف الفم.

٤ـ خفقان القلب.

د ـ لا ترجع هذه الأعراض إلى حالة طبية عامة ولا تفسرها أية اختلالات عقلية أخرى.

على أن أخطر عواقب الإفراط فى تعاطى الماريجونا والحشيش ما يعرف بمتلازمة اعراض انعدام الدافعية Amotivtional Syndrome، وتتسم هذه المتلازمة بصعوبة شديدة يجدها الفرد فى النهوض من الانغماس الذاتى العميق إلى الاندماج مرة أخرى مع الأصدقاء والعمل والأسرة والمدرسة، وعلى الرغم من وجود جدل كبير حول ما إذا كان تعاطى الماريجونا والحشيش لوقت طويل يترتب عليه عواقب بدنية مدمرة، إلا أنه من المؤكد أن هذا الجدال ينتهى عند الإشارة إلى الأثار النفسية لهذه العقاقير وأهمها ما يعرف بذهان الحشيش، "ففى بحث وبائى اجراه اندرسون فى السويد، تابع فيه ٥٥ الف شاب من المجندين لمده خمسة عشر عاماً متوالية وذلك لاكتشاف العلاقة بين التعاطى المكثف للقنب واحتمالات ترسب مرض الفصام، وقد تبين أن نسبة الإصابة بالفصام بين هؤلاء المتعاطين تزيد ستة مرات على النسبة المناظرة بين غير المتعاطين، وكذلك التصعيد من تعاطى القنب إلى تعاطى مخدرات أقوى مثل الهيروين أو الأفيون، ومن الوظائف النفسية التى يصيبها الاختلال مثل دقة الإدراك، وسرعة الحركات البسيطة والأداء الحركى والذاكرة قصيرة المدى، والقدرة على تقدير الأطوال والأزمنة (مصطفى سويف: ١٩٩٦) كما يؤثر على القدرة الجنسية والمناعة للأمراض والتركيز أثناء قيادة المركبات ويدفع متعاطيه إلى الجريمة. ولم يورد الدليل التشخيصى والإحصائى فى إصداره الرابع محكات تشخيصية لانسحاب مركبات القنب..

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:

اكثر المخدرات انتشاراً لكونها تُستخدم كمنشطات نفسية، فحوالى ثلث المجتمع الأمريكى يستخدمها يوماً ما فى حياته لأغراض طبية، ١٠٪ استخدموها خلال العام الأخير، ٥٪ خلال الشهر الأخير، وتبلغ نسبة الانتشار الدائمة بين الراشدين حوالى ٤٪، وعادة ما تستخدم من قبل الأشخاص الذين يعانون من صعوبات اجتماعية كصعوبة التواصل والشخصيات المناهضة للمجتمع، ويرتبط بالهلاوس والضلالات والعديد من الأعراض الذهانية عند الثمالة أو الانسحاب.

١١ـ النيكوتين Nicotin

هو العنصر الفعال فى نبات نيكوتيونا تابكوم Nicotiona taabacum وهذا النبات هو الأساس فى صناعة الطباق الذى ينتشر تدخينه فى السجاير والسيجار والجوزة والشيشة وما إليها، والنيكوتين قابل للامتصاص من أى موضع على الجسم (كالبشرة) أو بداخله (كالأغشية الفمية والأنفية والجهاز التنفسى والهضمى (مصطفى سويف: ١٩٩٦) ويمثل العامل الأول لمشكلات الصحة العامة فى العالم كافة نظراً للمشروعية الاجتماعية والقانونية لاستعمالة فأصبح يدخن فى السيجارة والسيجار وفى تبغ البايب، كما أصبح يستخدم بطرق أخرى خلاف التدخين مثل المضغ والاستنشاق وزادت طرق الاستخدام هذه وخاصة بين المراهقين الذكور خلال السنوات الأخيرة والعجيب أن أكل التبغ أو بلعه يقلل من امتصاص النيكوتين لأن أحماض المعدة تقلل من مفعوله وخواصه.

ويمثل النيكوتين أحد مثيرات الجهاز العصبى المركزى مثله فى ذلك كالأمفيتامينات كما أنه يسبب اعراض الانسحاب والتحمل والاعتماد، والكمية الصغيرة منه تسبب إثارة مقبولة للجهاز العصبى المركزى حيث يعتقد أن للنيكوتين تأثيراً ايجابياً على السلوك الحركى، فهو يساعد على زيادة السرعة والدقه، كما يؤثر إيجابياً فى بعض العمليات المعرفية مثل زيادة سرعة المعالجة الذهنية للإشارات الواردة من المنبهات الحسية (مصطفى سويف: ١٩٩٦)، ويفسر تأثير النيكوتين على الجهاز العصبى من خلال أثره فى مجموعة الناقلات العصبية ويتم ذلك من خلال مرحلتى عمل:

الاولى: هى تقليد عملية التنشيط بالاستيل كولين فى وجود جرعات صغيرة غير أنه إذا أخذ بجرعات كبيرة فإنه ينبه أولاً ثم يسد الطريق على إطلاق إشارات الاعصاب المنشطة بالاستيل كولين.

الثانية: وقال بها باحثون كثيرون أن النيكوتين وهو يقلد الأستيل كولين يطلق النورأدرينالين فى المناطق المحيطية والمركزية وأن هذا العمل هو المسئول عن الأثار المهيجة التى تدفع المدخن إلى التدخين، وقد ينجم أثر مهيج أيضاً عن إطلاق هرمونات الغدة الكظرية وربما كان ذلك بواسطة عمل النيكوتين الذى ينبه

إفراز الهرمون المنشط للغده الكظرية ويعتقد أن النيكوتين يطلق أيضاً بيتاالندروفين والأنكفالينات التى تحدث أثراً مسكناً (دوسيك وجرادنوا: ١٩٨٧).

أما الاستخدام المفرط للنيكوتين يمكن أن يسبب الهياج والإثارة، كما يؤثر على التفكير والقدرة على حل المشكلات، كما يحدث تغيرات مثيرة فى الحالة المزاجية، كما يسبب النيكوتين زيادة فى ضربات القلب وضغط الدم وينبه مراكز التنفس فى المخ ويحدث التقيؤ، أما الجرعات الكبيرة فتؤدى إلى شلل التنفس ويزيد من أفراز اللعاب والعرق ومخاط الشعب الهوائية (البلغم) ويزيد سرعة تخثر الدم وتكون الجلطات، وقد أدى صناعة فلاتر السجاير إلى خفض نسبة النيكوتين الممتص من دخان السجاير.

ولا يجب أن يغفل أثر القار والمركبات السامة الأخرى التى يحتويها دخان السجاير التى تمثل عوامل مخاطرة على الصحة مثل غازى أول أكسيد الكربون وثانى اكسيد الكربون اللذان يعتقد أن لهما علاقة بتصلب الأوعية الدموية وأمراض القلب أو مركبات مسببة للسرطان مثل البنزوبيرين التى تعتبر أقوى مادة سرطانية معروفة للأن، كما أن مواد مثل الفينول يعتقد أنها تسرع فى تنشيط الخلايا السرطانية الهاجعة، ومما يساعد القطران فى أثاره الضاره عمل غازات مثل النشادر (الأمونيا) والفورمالديهيد، والأسيتالدهيد وسيانيد الهيدروجين (وهو سم قوى فى حد ذاته) حيث تعمل هذه الغازات الأربعة على وقف حركة الأهداب داخل الممرات التنفسية لمدة ست أو ثمان ساعات وهو ما يعوق طرد البلغم والعوالق المترسبة عليه من دخان السيجارة وبفعل تأثير الدخان الساخن الذى تصل درجة حرارته عند نقطة اشتعال السيجارة أكثر من ٣٥٠ درجة مئوية يحدث السعال الدائم وعدوى أعلى الجهاز التنفسى والالتهاب المزمن فى القصبة الهوائية. وهكذا يمكن القول بأثار التدخين السلبية فى كل من الجهاز الدورى والتنفسى والهضمى (قرحة المعدة والإثنا عشر) وسرطان اللثة والحلق. ولا يقتصر أثر التدخين على المدخنين فقط بل يمتد إلى المحيطين كالزوجة والأبناء وزملاء العمل وتلاميذ الفصول الدراسية الذين يقوم بالتدريس لهم مدرسون مدخنون وهو ما يعرف بالتدخين السلبى. ويذكر اثنان من خبراء سوء استخدام العقاقير أن إدمان النيكوتين يفوق أدمان خمس مركبات خطيرة أخرى هى الهيروين والكوكايين والكحول والكافيين والحشيش،

وهو عكس المتوقع وحيث يحدث تأثيره فى صمت، ويلقى قبولاً اجتماعياً كما أنه يبقى يلتهم مال وصحة المدخن وقد يبدأ ذلك للأسف منذ مرحلة الطفولة.

ويُحدث النيكوتين أثاراً نفسية وجسمية وسلوكية سلبية فى حالة الإقلاع عنه مما يستوجب وجود عزيمة وإرادة وصبر ومساندة أسرية وعلاجية للراغبين فى الإقلاع.

المحكات التشخيصية لانسحاب النيكوتين:ـ (DSM. IV. 1994)

أ ـ الاستخدام اليومى للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل

ب ـ الامتناع المفاجئ عن استخدام النيكوتين أو خفض كمية النيكوتين المستخدمة يتبعها خلال أربعة وعشرون ساعه أربعة أو أكثر من العلامات الآتية:ـ

١ـ مزاج مكتئب أو كدر.

٢ـ الأرق.

٣ـ عدم الثبات، الإحباط أو الغضب.

٤ـ القلق.

٥ـ صعوبة التركيز.

٦ـ عدم الاستقرار.

٧ـ انخفاض معدل ضربات القلب.

٨ـ زيادة الشهية للطعام أو زيادة الوزن.

جـ ـ الأعراض فى المحك (ب) تسبب ألم نفسى واضح (عدم إرتياح) أو قصور ذو دلالة اكلينيكية فى النواحى الاجتماعية والوظيفية أو أية مجالات هامة أخرى.

نسبة الانتشار والإضطرابات المصاحبة:

حوالى ٤٥٪ من الأمريكان لم يدخنون إطلاقاً، النسبة الباقية تتوزع كما يلى: ٢٥٪ مدخنون سابقون، ٣٠٪ مدخنون حاليون، ٤٪ يستخدمون "البايب" أو السيجار، ٣٪ يستخدمون التبغ بلا دخان Smokeless وتزداد معدلات التدخين من ٠,٧-١,٥٪ سنوياً، حوالى ٥٠-٨٠٪ من المدخنين الحاليين لديهم اعتماد على النيكوتين.

❁ أسباب الإدمان والاعتماد على المخدرات

لا يوجد سبب واحد يبرر تعاطى المخدرات والإدمان عليها، ولكن هناك عدة أسباب محتمله بعضها يلعب دوراً أكبر من غيره، ويختلف هذا الدور من مخدر إلى آخر. وأهم هذه الأسباب ما يلى:ـ

أولا: العوامل الوراثية والبيولوجية:ـ

من المعروف منذ أمد طويل أن الإدمان أو الاعتماد على الكحول والمخدرات سلوكاً تتوارثه العائلات، ومع ذلك فالسبب غير واضح. هل هو استعداد (ميل) وراثى لانتقال الاعتماد على أو إدمان المادة من الوالد إلى الإبن؟ وهل يخلق الوالد الذى يدمن الكحول أو المخدرات بيئة ممهدة لنقل عوامل نفسية وسلوكية تؤدى إلى حدوث سلوك يماثل سلوكه لدى الأطفال؟ أم أن كلا الفرضين صحيح؛ وسوف نستعرض فيما يلى البيانات الأساسية التى تدعم وجهة النظر القائلة بوجود استعداد وراثى للاعتماد على أو إدمان المواد.

أ ـ معدلات التطابق فى إدمان الكحول بين التوائم: إذا كان هناك مكون وراثى عرضة لمخاطر الاعتماد على المخدرات أو إدمان الكحول فينبغى أن يكون للتوائم المتماثلة تاريخ متشابه من استخدام المخدرات وإساءة استعمالها (أى معدل عال من التطابق)، وفى الغالب ستختلف التوائم غر المتطابقة (الأخوية) فى ميولهم لتطور مشكلات تتعلق بالإدمان وإساءة استخدام المواد المخدرة. وبصفة عامة فقد أكد الباحثون الذين أجروا دراسات على التوائم لدراسة وراثة وإدمان الكحول تلك التوقعات (مع ملاحظة أن دراسات التوائم لم تستخدم على نطاق واسع فى دراسة أنواع أخرى من الاعتماد على أو إدمان المواد المخدرة).

سجل كايج Kaij 1960 فى دراسة مبكرة كان لها صدى كبير أن معدل التطابق فى إدمان الكحول بين توائم سويديه إحادية الزيجوت (٤٥٪) فى حين كان معدل التطابق بين التوائم ثنائية الزيجوت (٢٨٪)، وفى دراسة "ليوهلن" Leohlin 1977 شملت ٨٥٠ زوج من التوائم الأمريكية من جنس واحد يدرسون فى المرحلة الثانوية فى وقت واحد، وبمقارنة بيانات التوائم المتماثلة والتوائم الأخوية، حيث لاحظ أن كلا الفردين فى التوائم المتماثلة ذو احتمالية عالية لتعاطى الكحول

بشراهة. وفي دراسة حديثة أجراها كندلر وأخرون Kendler et al 1992 على ١٠٣٠ توائم من الإناث فقط من ولاية فرجينيا، واسفرت عن نتائج مشابهة: فكان معدل التطابق في إدمان الكحول بين التوائم المتماثلة (٥٨٪)، والتوائم غير المتماثلة (٢٩٪) فقط. وقد حذر كندلر معلقاً على النتائج بقوله: إن النساء اللاتي لديهن أقارب من مدمني الكحول يجب تنبيههم في بداية حياتهم أن يراقبن أنفسهن عند ظهور أعراض مبكرة للاعتماد على الكحول "مثلاً تجدين نفسك تشربين الكحول مراراً اكثر مما ترغبين" .Wilson, t. et al 1996. وعلى الرغم من تطابق واتساق تلك النتائج، فقد انتقدت دراسات التوائم التي أجريت لدراسة الكحول، وعلى الرغم من أن معظمنا يفترض أن التوائم المتماثلة والتوائم الأخوية يشتركون في البيئة، ويختلفون فقط في مقدار ما بينهم من تطابق في المادة الوراثية، إلا أنه ليس من الضروري أن يكون الوضع كذلك. فربما يشترك التوائم المتماثلة في أكثر من خاصية من الخصائص البيئية لا يماثلهم فيها التوائم الأخوية، فقد يعاملون من قبل والديهم والعالم من حولهم على أنهم متشابهين، أو بمعنى أخر ربما يختلف التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية في الجانب البيئي من معادلة الوراثة مقابل البيئة.

ب ـ دراسات التبني لأبناء مدمني الكحول: تُثبت الدراسات التي أجريت على الأطفال المتبنين أثر العوامل البيئية ـــ وهو الأمر الذي لا يتحقق في دراسات التوائم ـــ في حين تتباين تأثيرات العوامل الوراثية، ونتيجة لذلك يعتقد كثير من علماء السلوكية أن تلك الدراسة تقدم أحسن منظور عن دور العوامل الوراثية في الإضطرابات العقلية. ومن بين الدراسات التي لها صدى كبير والتي أجريت على إدمان الكحول سلسلة دراسات دنماركية أجراها جودوين Goodwin خلال الفترة من ١٩٧٦ حتى ١٩٨٥ قارن فيها بين أربعة مجموعات من أبناء مدمني الكحول في بداية مرحلة الرشد. وتتضمن هذه المجموعات:ـ

١ـ أولاد مدمني الكحول الذين تم تربيتهم بالتبني على أيدي أباء غير مدمني.

٢ـ ابناء مدمني الكحول الذين تربوا على أيدي والديهم الحقيقين. وكذلك بنات مدمني الكحول اللائي تربين على أيدي والديهم الحقيقيين

٣ـ والدين بالتبني غير مدمنين.

٤ـ والديهم الحقيقيين.

وكان لكل مجموعة من المجموعات الأربعة مجموعة ضابطة تناظرها في العمر وحالة التبني، ولقد انفصل الأطفال المتبنين عن والديهم الحقيقيين خلال الأسابيع القليلة الأولى من حياتهم، وتبناهم أشخاص لا يمتون لهم بصلة قُربى.

وتوصلت هذه الدراسات الموسعة إلى نتيجتين هامتين عن أطفال مدمني الكحول:ـ

١ـ بلغت احتمالية إدمان الكحول عند أبناء مدمني الكحول أربعة أمثالها لدى أبناء غير المدمنين، سواء تربوا في منازل والديهم المدمنين، أو في منازل الأشخاص غير المدمنين الذين تبنوهم.

٢ـ لم يكن تأثير الوراثة عند بنات مدمني الكحول قوى مثلما كان عند الأولاد.

وأكدت دراسة سويدية لاحقة إجريت على الأطفال المتبنين النتائج الأولية لدراسة جودوين عن دور العوامل الوراثية في إدمان الذكور للكحول (Bohman et al 1984)، وعلاوة على ذلك أظهرت هذه الدراسة أن العوامل الوراثية تؤثر بشدة على إدمان الإناث الكحول، وهي نتيجة أقوى كثيراً من نتيجة دراسة جودوين، وكذلك اقترحت الدراسة السويدية وجود شكلين على الأقل من أشكال الإدمان الموروث للكحول، فعن طريق تحليل بيانات ٢٠٠٠ طفل سويدي مُتبنى حدد الباحثون مجموعتين من مدمني الكحول يختلفون في القابلية لتوريث إدمان الكحول:ـ

١ـ النمط الكحولي الأول Type 1 Alcohlics: ذو قابلية منخفضة لتوريث الإدمان ولكنهم أكثر انتشاراً، يبدأون تعاطي الخمر من منتصف العشرينات إلى منتصف الثلاثينات، وعادة لا تظهر مشكلات تتعلق بتعاطي الكحول حتى منتصف العمر، وهؤلاء الأفراد أكثر عرضة للإصابة بأمراض في الكبد، لا يبدون سلوكاً مضاداً للمجتمع إلا نادراً ولديهم القليل نسبياً من المشكلات الاجتماعية والمهنية، ونسبة أطفال النمط الكحولي الأولى الراغبين في تعاطي الكحول تعادل ضعف نسبة الأطفال الذين ينحدرون من أسر ليس لها تاريخ في تعاطي الكحول، كما أن

أطفال هذا النمط الذين تم تربيتهم بالتبنى فى أسر لديها مشكلات توافقية كانوا أكثر عرضة لمخاطر تطور احتساء الكحول.

٢ـ النمط الكحولى الثانى Type II Alcohlics: وهم ذوى القابلية المرتفعة لتوريث الإدمان ويبدأ تعاطيهم للكحول فى سن مبكرة جداً، ويعانون مشكلات اجتماعية ومهنية حادة، ولكن مع صعوبات علاجية قليلة، الأولاد الذكور للنمط الكحولى الثانى دون البنات يدمنون الكحول بنسبة تعادل تسع أمثال أبناء غير المدمنين بصرف النظر عن تأثير العوامل البيئية.

جـ ـ دراسات الاستعداد الوراثى لدى أبناء مدمنى المخدرات ومدخنى السجاير:ـ فى إحدى الدراسات القليلة عن الدور الذى تلعبه العوامل الوراثية فى تطور إساءة استخدام المخدرات، أوضحت دراسة كادوريت وأخرون Cadoret et al 1986 وجود علاقة ذات دلالة بين إدمان الأبوين للكحول، والسلوك المضاد للمجتمع ومشكلات الإدمان لدى الراشدين الذين تم تبنيهم منذ كانوا أطفالاً. وهذه النتائج تقترح أن بعض أشكال إساءة استخدام المخدرات على الأقل مثلها مثل بعض أشكال إدمان الكحوليات تشتمل على عامل وراثى. ونظراً لأن الشخصية المضادة للمجتمع وإدمان الأباء للكحوليات يرتبط كلاهما بنمو إساءة استخدام المخدرات، فإن هذه البيانات تقترح وجود علاقة (رابطة) وراثية بين إساءة استخدام المخدرات لدى الأبوين وبين إساءة استخدام المخدرات لدى أبناءهم.

وفى سلسلة حديثة من التقريرات عن دور العوامل الوراثية فى التدخين قام بها هيث وأخرون Heath et al 1993 أكدوا على أن هناك سلوكين من سلوكيات التدخين يتأثران بشدة بالعوامل الجينية هما:ـ

١ـ المبادئة initiation وتعنى تحول الشخص غير المدخن إلى مدخن.

٢ـ المثابرة Persistence وتعنى ما إذا كان المدخن سيقلع عن التدخين أم سيمسك به.

وقد حصل هيث ورفاقه على تقارير شخصية عن بدء التدخين من ثلاث عينات كبيرة من التوائم الراشدين، تبلغ حوالى ١٠ ألاف زوج، (وتم تجميع العينتين الأوليتين من كل من استراليا وفرجينيا، أما الثالثة فكانت من مسح قومى

تحت رعاية الجمعية الأمريكية للمتقاعدين) وقد فحص هيث ورفاقه فى دراستهم عن المثابرة على التدخين لاستجابات على مقاييس من العينة الاسترالية من التوائم تزيد أعمارهم عن ٣٠ سنة، وكان الفرق فى معدل التطابق للمبادأة بالتدخين بين التوائم المتماثلة والأخوية ذات دلالة واضحة، لدرجة أن هؤلاء الباحثين قدروا دور العامل الوراثى فى مخاطر التدخين لدى العينة الأمريكية ٦٠٪ بين الرجال، ٥١٪ بين النساء، كما كانت تقديرات القابلية لوراثة سلوك التدخين فى العينة الاسترالية ٣٣٪ بالنسبة للذكور، ٥١٪ بالنسبة للإناث، وبالنسبة للمثابرة على التدخين كانت التقديرات المشتركة لكل من الذكور والإناث ٥٣٪.

د ـــ الدراسات الألكتروفسيولوجية لأبناء مدمنى الكحول: تم استخدام أسلوبين من أساليب الرسم الكهربائى للمخ لدراسة التأثيرات الجينية على إدمان الكحول من بين الأساليب شائعة الاستخدام فى دراسة النشاط الكهربائى للمخ وهما: أسلوب الجهد المستحث evoked potential، والجهد المرتبط بالحدث event-elated potential، ويقيس أسلوب الجهد المستحث الاستجابة الكهربية للمخ للمثيرات الخارجية مثل الومضات الضوئية السريعة، والضوء الساطع والأصوات المرتفعة، أما أسلوب الجهد المرتبط بالحدث فيقيس النشاط الكهربائى للمخ الذى ينشأ من معالجة المخ للمعلومات. وهناك أدلة قاطعة على أن أشكال موجات الجهد المستحث والجهد المرتبط بالحدث تتحدد وراثياً، ولذلك افترض بيجلتر وأخرون Begletire et al 1984 أن هناك استجابة محددة للجهد المرتبط بالحدث تقدر بالقصور الموجى p 300 يمكن أن يكون سبباً محدد جينياً لإدمان الكحول، وقد افترض بيجلتر ورفاقه ذلك من خلال المقارنة بين ٢٥ طفل أعمارهم ١٢ سنة لأباء مدمنين بعينة مماثلة فى العدد والسن ليس لوالديهم تاريخ فى إدمان الكحول. وقد وجدت فروق واضحة فى الجهد (p 300) بين المجموعتين، والمثير إن أطفال الأباء المدمنين أظهروا نموذجاً من الجهد المنخفض، وهذا النموذج مشابه للنموذج السابق الذى وجد فى مدمنى الكحول الذين ليس لهم تاريخ طويل فى تعاطى الكحول. إن التشابه بين المجموعتين يدعم الفكرة بأن انخفاض أو اختزال الفولت p 300 يمثل عامل من عوامل تطور الكحولية. وقد تدعم ذلك من خلال دراستين حديثين لهيل

وستينهاور Hill & Stinhauer 1993 على مجموعات من الأولاد والبنات ينحدرون من أسر لها تاريخ فى تعاطى الكحول، وهو ما يدعم أو يقوى احتمال بأن الجهد المرتبط بالحدث يمكن أن يعكس استعداداً وراثياً جينياً لإدمان الكحول يمكن الاستدلال عنه من نشاط الجهاز العصبى المركزى. (Wilson, G.t. et al, 1996)

ثانيا: العوامل الثقافية/ الاجتماعية:ـ

تلعب العوامل الثقافية والاجتماعية بما تتضمنه من الانتماء العرقى (السلالة)، والدين والجنس(ذكر أو أنثى) دوراً فى أساليب وأنماط التربية فى مرحلة الطفولة، ومن ثم فقد أثرت فى تحديد النمط السلوكى للفرد فى جوانب عديدة ومن بينها الأقبال على تعاطى المخدرات أو سوء استعمالها. فليس من الضرورى أن يحذوا كل أبناء المدمنين حذو أباءهم ويصبحون مدمنين، وليس بالضرورة أن يكون كل مستخدمى تلك المواد من أبناء المدمنين، وهو ما يوضح تأثير العوامل البيئية والثقافية فى إساءة استخدام المخدرات والعقاقير. ففى سنة ١٩٩٠ اختبر هلزر وأخرون Helzer et al 1990 مدى انتشار إدمان الكحوليات فى خمس مدن على مستوى العالم حيث وجدوا أن عامل الجنس يمثل أحد عوامل المخاطرة فى إدمان الكحول، حيث تزيد نسبة المدمنين من الذكور عنها لدى الإناث بشكل واضح فى جميع المجتمعات المدروسة. وتم تفسير ذلك فى ضوء نظريتين لاقتا قبولاً واسعاً بين المتخصصين:ـ

الأولى: أوضح كثير من الملاحظين انخفاض التحمل أو الإطاقة لدى النساء على الكحوليات الثقيلة ويرجع ذلك إلى دورهم التقليدى فى رعاية الأطفال.

الثانية: قام الباحثون باختبار معدل الاختلاف فى أيض الكحولات عند الرجال والنساء واقترحوا حقائق تجريبية مفادها أن النساء يمتلكن إنزيمات هامة تزيل سموم الكحول فى المعدة والأمعاء الدقيقة.

وببساطة يمكن القول أن المرأة أقل تعاطياً للكحول من الرجل لأن الكميات الكبيرة من الكحول تسبب سلوكيات بغيضة وعواقب فسيولوجية وخيمة على المرأة.

ويمثل الدين أهم العوامل المحددة لدرجة تعاطى المخدرات، فعلى الرغم من أنه لا توجد دراسات فعلية بين يدىً تقارن بين معدلات انتشار الإدمان لمعتنقى الديانات المختلفة إلا أن الملاحظة الفعلية تؤكد انخفاض معدل الإدمان فى الدول الإسلامية عن غيرها من دول العالم على الرغم من أن كل الشرائع الدينية تحرم تعاطى الخمور والمخدرات، كما يتوقع أن يقل معدل الإدمان بين الأشخاص الأكثر تمسكاً بتعاليم دينهم عن العلمانيين منهم.

كما يشيع استخدام المخدرات فى المدن وخاصة الأحياء الفقيرة منها والمزدحمة وبين الطبقات ذات المستويات الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية المتدنية..

ثالثاً ـ العوامل النفسية:

أدلت العديد من النظريات النفسية بدلوها فى تفسير الإدمان مما يعطى مدى واسع من الأساليب العلاجية فى ضوء تفسير كل نظرية، ومن هذه النظريات:ـ

أ ـ النظرية السيكودينامية: تنظر المدرسة السيكودينامية للإدمان على أنه عرض أكثر من كونه سبباً لمشكلات سلوكية أو انفعالية، فبعض التفسيرات يرجعها إلى التثبيت الفمى Oral Fixation، مع ضعف الأنا الأعلى مما يسمح لاندفاعات الهى أن تتم بدون رادع أو لوم فى شكل أعمال لا أخلاقية مدمرة ومهلكه مثل الإدمان.

ثمة تفسير أخر نشأ فى المدرسة السيكودينامية يرى أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية فى المرحلة المبكرة ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة، وبذلك فإن الطفل لا يطور القدرة على تأجيل الإشباعات، وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر فى صورة سلوك اندفاعى مثل الغضب أو الانسحاب أو فى صورة استخدام للمواد الذى يعتبر اسلوب غير ناضج لتحقيق الإشباعات الفمية (Blane, 1990).

كما يوجد تفسير أخر طوره مييننجر Menninger الذى يرى أنه طالما أن الحاجات الشخصية لم تشبع فإن غضب الفرد يتجه داخلياً ويظهر فى شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام العقاقير. وفى رأى الكثير من منظرى

المدرسة السيكوديناميةفإن المدمنين يشتركون فى الغالب فى بعض الخصائص مثل الاعتمادية والاندفاعية والنرجسية والانعزال العاطفى ومشاعر عدم الملائمة والاكتئاب وينظر إلى الخمور والمخدرات على أنها طريقة للوفاء بحاجات الاعتمادية واستبعاد عدم الارتياح النفسى الناتج عنها وتعمل المواد المنشطة نفسياً Psychoactive كمعينات نفسية Ego-protheses (Wieder & Kaplan, 1960)

كما يوجد تفسير رابع تأتى به المدرسة السيكوديناميةترى فيه المادة أو العقار على أساس أنها موضوع object والإدمان على أساس أنه يشابه الاعتماد على أناس أخرين (Meeks, 1987) فالإدمان محاولات غير ناجحة إطلاقاً فى مرحلة الرشد لإشباع حاجات قوية للاعتماد لم تشبع فى مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة وطبقاً لوجهة النظر هذه فإن الفرد يستبدلها بسوء استخدام المواد والعقاقير لإشباع الحاجة الفمية للاعتماد التى لم تشبع فى وقت مبكر من حياته، وقد ينظر للإدمان على أنه بديل عن علاقات مع أخرين قد تؤدى بالفرد إلى صراع أو أضرار (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٧). غير أن التفسيرات السيكودينامية لم تعد فعالة كما كانت منذ عدة عقود مضت وذلك لفشل الجهود فى تأكيدها تجريبياً.

ب ـ **النظرية السلوكية:** تفترض هذه النظرية أن تعاطى الخمر والعقاقير وإدمانها سلوك يتعلمه الإنسان، فالشخص الذى يشعر بالقلق أو التوتر ويتعاطى خمراً يحس بالهدوء والسكينة ويعتبر هذا الأحساس الأخير دعماً لتناول هذه المواد فى المرات التالية، ومع استمرار التعاطى يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف أثار الامتناع المزعجة (عادل الدمرداش: ١٩٨٢) ويحدد أنصار المدرسة السلوكية وجود ثلاث طرق لتعلم السلوك الإدمانى وهى:

١ــ **التعلم عن طريق الإشراط الكلاسيكى:** تنطبق ميكانزمات الإشراط الكلاسيكى فى تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل اشتهاء المخدر والتحمل أو الإطاقة، حيث أجريت العديد من الدراسات التجريبية على مدمنى الكحول والمورفين وأثبتت أن معدلات الاعتماد على المخدر التى تطورت عند إطاقة المخدر تقلل هذه الإطاقة إذا اختبرت تحت ظروف بيئية ترتبط بظروف تعاطى

الكحول أو المخدر، ولم تلاحظ عملية التحمل عندما يتم تعاطى المخدر فى ظروف بيئية جديدة، وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما:ـ

أ ـ نموذج استجابة الإشراط التعويضى: Conditioned Compensatory response model وضعه سيجل Seigel 1978 حيث يرى أن المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطى المخدرات تقترن بأثار المخدر فى الجسم لانتاج استجابة شرطية مناقضة أو مخالفة لتأثير العقار. وهذه الاستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوى للجسم، وتزداد استجابة التوازن الحيوى الإشراطى مع استمرار تعاطى المخدر، ومن ثم تستمر تأثيرات المخدر فى التناقص بينما يتزايد التحمل أو الإطاقة.

ب ـــ نموذج دافعية الاشتهاء الاشراطى للمخدر: Conditioned appetitive Motivational model وضعه ستيورات وأخرون Stewart et al 1984 وطبقاً لهذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المرتبطة بالأثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار، وأصوات قدح الكئوس، والأضواء التى تزين المكان الذى يتم فيه تعاطى الخمر أو الحقن بالهيروين يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التى يحدثها العقار ذاته، وهذه الحالة تدفع بقوة واستمرار إلى البحث عن، واستخدام العقار. ويفسر هذا النموذج لماذا لم يجد المدمنين الذين تم علاجهم صعوبة فى البقاء بعيداً عن تعاطى المخدر عندما يعودون إلى بيئاتهم التى تطور فيها إدمانهم للعقار.

٢ـ التعلم عن طريق الإشراط الإجرائى: يهتم الإشراط الإجرائى بالأثار التى تعقب السلوك، والفاصل الزمنى الذى يفصل بين السلوك وأثاره. فمن المعروف أن تعاطى الكثير من المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطى بفترة قصيرة، ولا تأتى النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة أو بعد الامتناع عن المخدر. وهو ما يدفع المدمن إلى الاستمرار فى التعاطى أو العودة بعد الإقلاع. وقد اختبر ناثان وأوبرين (Nathan & O'Brien 1971) عينة من متعاطى الكحول يعيشون فى بيئة تجريبية فى مستشفى مدنية بوسطن خلال مدة الدراسة التى استمرت ٣٣ يوماً، تم فيها المقارنة بين مجموعتين متكافئتين من مدمنى الكحول وغير المدمنين فى السلوكيات الاجتماعية، والحالة المزاجية،

وسلوك الشراب عبر هذه الفترة، وقد استخدمت الفنيات الإجرائية لتقييم قيمة المكافأه المختلفة لتعاطى الكحول والتفاعل الاجتماعى حيث يعد كل منهما معزز خارجى قوى للحالات، وكانت كل الحالات تضغط بشكل متكرر على زر كهربائى فى قائمة إجرائية بمعدل مرتفع، وعند عمل ذلك فإنه يكسب أو يربح جائزة قد تكون جرعة من الكحول أو وقت مستقطع من حجرته إلى جماعة يتفاعل معها أو كليهما، وبمقارنة السلوك الاجرائى لكل من مدمنى الكحول وغير المدمنين وجد الآتى:ـ

أ ـ يعمل الكحوليين لمدة أطول وبإصرار لكسب نقطه يُمنح بمقتضاها الكحول وكنتيجة لذلك إذا وصل كل من الكحولين وغير الكحوليين إلى نفس مستوى الكحول فى الدم يبقى مدمنى الكحول على هذا المستوى لفترة طويلة ويعودون له بشكل متكرر حيث يتعاطى مدمنو الكحول ما يعادل ضعف ما يتعاطاه غير المدمنين.

ب ـ يعمل غير مدمنى الكحول لمدة أطول وبإصرار لكسب نقطة يسمح لهم بمقتضاها ترك حجراتهم وقضاء وقت مع بعضهم البعض فى جماعة، وعلى العكس فإن مدمنى الكحول يبقون منعزلين إجتماعياً قبل وأثناء وبعد الشراب.

جـ ـ بمجرد أن يبدأ الشراب يصبح مدمنى الكحول أكثر أكتئاباً وأقل نشاطاً عن غير المدمنين وبشكل دال، كما تظهر لدى مدمنى الكحول أمراض نفسية أكثر مثل القلق، والسلوك الهوسى، الاكتئاب، البارانويا وسلوك الخوف المرضى والاندفاعية.

وفى النهاية قاد هذا البرنامج البحثى عدداً من الباحثين الاكلينيكيين لاستكشاف برامج إجرائية صممت لمساعدة المدمنين على الإقلاع أو الحد من الشراب وقد أكد بيجلو ورفاقه Bigelow et al 1972, 1974 على سبيل المثال حدوث انخفاض واضح فى تعاطى الكحول عندما تم التعزيز بالنقود والمكافأت الأخرى للمحافظة على فترات محددة لا يسرف خلالها فى الشراب فى مواقف تجريبية.

٣ـ النمذجة

تفترض نظرية التعلم الاجتماعى أن كل صور استخدام المواد تحكمه القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما فى ذلك العوامل المعرفية، حيث يتعرض

الشباب لنماذج تنمى لديهم إتجاهاً إيجابياً نحو إساءه استخدام العقاقير، وتلعب النمذجة أربعة وظائف أساسية مثل تعلم سلوك جديد، وتحرير وتسهيل سلوكيات تم كفها أو قمعها، وأخيراً الكف عن سلوكيات غير مرغوبة ولذلك يرى بندورا أن السلوك ليس دائماً فى حاجة إلى تعزيز ولا يلزم ممارسته لكى يحدث تعلمه، وأغلب ما يتعلمه الإنسان يتم عن طريق الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين وما يترتب على هذا السلوك من إثابة أو عقاب بديلى، وحيث أن التعرض للعقاقير غالباً ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج مثل خفض التوتر، وخفض الانضغاط والتعامل مع الحالات الوجدانية السلبية وزيادة التفاعلات الاجتماعية، فإنه يمكن تفسير الإدمان وخاصة فى بدايته من خلال عملية النمذجة، فالطفل الذى يرى أباه يشرب الخمر، والمراهق الذى يرى أقرانه يتعاطون عقاراً منشطاً وتبدو عليهم النشوة أو القوة والشجاعة (الوهمية) سيميل إلى تقليدهم بلا شك، وما أن يتعاطى الجرعات الأولى من المخدر حتى تأخذ سبيلها لإحداث الأثر المرغوب لديه (تعزيز ذاتى) ومن ثم يدخل الدائرة المغلقة التى يصعب عليه الخلاص منها. وليس بالضرورة أن يكون النموذج صريح أو مباشر (حى) كما فى حالة الأب والصديق فى المثال السابق، ولكن قد يكون النموذج ضمنى (مستتر) أو تخيلى مثل النماذج التى يشاهدها الطفل أو المراهق فى أفلام السينما أو الروايات والقصص.

جـ ـ النظرية التفاعلية:ـ Interactional Theory

تفترض هذه النظريات أن السلوك بما فيه سلوك إساءة استخدام العقاقير هو نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الفرد وبيئته ومخزون سلوكه الفردى، وإذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعى لبندورا فإن الفرد يعد عاملاً نشطاً يتأثر بالعوامل المعرفية والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة، ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة المستمرة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك، وتقوم النظرية التفاعلية الحديثة على أساس من نماذج إحصائية للتباين المتعدد Multivariate Statiscal models وتمثلها نظرية السلوك المشكل Problem behavior theory التى أقترحها جيسور وجيسور Jessor & Jessor 1977 ونموذج المجال the domain model الذى اقترحه هوبا وبنتلر & Huba

Bentller 1982 والنموذج النمائى لزوكر Zuker 1979، وفى رأى جيسور وجيسور أصحاب نظرية سلوك المشكلة أن مشكلة تعاطى الخمور هى واحدة من عدة مشكلات، وهذه السلوكيات المشكلة هى نتيجة للتفاعل بين ثلاث أنظمة داخل الفرد: الشخصية، البيئة المدركة، والسلوك، وفى داخل كل منظومة System هناك خصائص أو متغيرات تمثل تعرضاً أو ميلاً Proneness للانحراف أو لسلوك المشكلة، وككل سلوكيات المشكلة فإن سلوك الشرب سواء كان يمثل أو لا يمثل مشكلة هو متغير مستمر أكثر من كونه حالة متقطعة، ولا يذكر جيسور شيئاً عن الأثار الصيدلانية أو الاستهداف البيولوجى، وفى نموذج المجال يرى هوبا وبنتلر أن الشرب واحداً من مجموعة أكبر من النزعات السلوكية أو نمط الحياة، وهذه النزوعات هى نتيجة للتفاعلات بين عدة مجالات domains هى المجالات البيولوجية والداخلية الشخصية والبينشخصية والثقافية وبذلك فإن نموذج المجال يبدو أنه أكثر شمولاً من غيره من النظريات التفاعلية بإدخاله استخدام العقاقير فى إطار واسع من السلوك والتأثر بكل من العوامل البيئية والبيولوجية (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨)

د ـ نظرية التوقع Expectancy theory

التوقعات عمليات معرفية تتعلق بربط الأحداث أو بشكل أدق توقع النتائج المترتبة على أحداث معينة. ومن خلال قواعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقة بين الأحداث أو الموضوعات فى موقف قادم، وبالنسبة لنظرية التوقع فى تفسير الإدمان ترى أن ما يتعلمه الفرد هو العلاقة بين استخدام المادة والنتائج المرغوبة أو المعززة، وفى دراسة قام بها كرستتين وأخرون (١٩٨٥) عن توقعات المراهقين من مدمنى الكحول ذكروا أنهم يتوقعون تحسين علاقاتهم الاجتماعية وزيادة قدراتهم الجنسية، وخفض التوتر، وذكر باحثون أخرون (Goldman et al 1987) بعد ذلك أن مدمنى الكحول من المراهقين يختلفون عن غير المدمنين فى توقعاتهم إزاء ما يقدمه الكحول لهم. وقاموا بتصنيف ١١٦ مراهق على حسب الكحولية وعدم الكحولية، وجود أو عدم وجود تاريخ أسرى لإدمان الكحول إلى أربعة مجموعات، حيث وجدت فروق بين المجموعات الأربعة فى التوقعات

المرتبطة بالتعاطى، حيث توقع المراهقون الذين يسيئون استخدامه الحصول على لذة ومتعه أكبر من رفاقهم الذين لا يسيئون استخدامه، كما توقع المراهقون الذين ينحدرون لأباء يتعاطون الكحول إثارة معرفية وحركية من تعاطى الكحول عن المراهقين الذين ينحدرون لأباء لا يتعاطونه وهذه النتائج توضح أن نمط أستخدام المراهق للكحول والتاريخ الأسرى له يؤثران فى اتجاهاته نحو التعاطى، كما تقترح أن التوقعات من تعاطى الكحول ربما تؤثر على فرصة المراهق فى تطوير مشكلات خطيرة للتعاطى فى الرشد (Wilson, G.t. et al 1996).

وهكذا يحدث سوء استخدام العقار عندما يكون لدى المدمن توقعات إيجابية للأستخدام أكبر من حيث عددها أو قيمتها عن التوقعات السلبية، وهذه التوقعات قد تعزز فى خبرة قصيرة المدى، ونظراً للكميات المحدودة للخبرة والاستهداف لتأثيرات الثقافة الشائعة وخرافتها فأن المراهقين قد يكونوا أكثر عرضة لتنمية التوقعات التى لا يثبت صدقها فى المدى البعيد.

هـ ـ نظرية خفض التوتر أو محق استجابة الانضغاط:ـ

على الرغم من أن فكرة أن مدمنى الكحوليات يكونوا متوترين نتيجة للإحباط الناتج عن الصراعات المتصلة بالجوانب الفمية والاعتمادية التى قد نشأت فى إطار ادبيات المدرسة السيكودينامية فإن نظرية خفض التوتر Tension reduction تقوم أساساً على قواعد التعلم التى يُنظر فيها لسلوك الإدمان على أنه سلوك يكافأ، والعناصر الرئيسية فى نظرية خفض التوتر تقرر أن الكحول يخفض التوتر الذى يشتمل على الخوف والقلق والصراع والإحباط. وأن الكحول يستخدم لخصائصه المخفضة للتوتر. وقد أوضحت الدراسات الأكثر حداثة أن خصائص خفض التوتر للكحول تشاهد فقط فى إطار منحنى استجابة لجرعة كحول محدودة وأن خفض التوتر ليس عاملاً وحيداً صادقاً لتفسير الاستخدام وسوء الاستخدام (Cappell,H & Greeley, J 1987).

أما نظرية محق أو إخماد استجابة الانضغاط Stress-Response dampening فهى شبيهة بنظرية خفض التوتر، حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفض من استجابته الجسدية للضغوط، ولذلك فهى تلقن وتشجع استخدام العقاقير فى مواقف

ضاغطة مماثلة، وتشمل العمليات المعرفية بما فيها التوقعات وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط مما قد تكون هامة فى تحديد الأشخاص المستهدفين (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٧).

رابعاً ـــ عوامل الشخصية والمرض النفسى:

أ ـ اقتران الإدمان بالإضطراب النفسى: تفترض الدراسات المقدمة من علماء السيكوباثولوجى حول إساءة استخدام المخدرات أن ذلك يحدث على الأقل بشكل جزئى بسبب اقترانه بالمرض النفسى، وهو ما يعرف بالمشاركة المرضية أى وجود إضطرابين عصابيين أو ذهانيين أو أكثر فى فرد واحد، فالأشخاص الذين يعتمدون على الكحول أكثر ميلاً من ذوى الإضطرابات النفسية الأخرى لأن يعانون من ظروف ذهانية أخرى، وأكثر الإضطرابات مشاركة لتعاطى الكحول عادة هى الاكتئاب، وإضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع ثم الفصام، وإضطرابات القلق، وإضطرابات النوم. كما يعتقد بعض الباحثين أن الاستخدام المكثف للحشيش والماريجونا يؤدى إلى إضطرابات ذهانية أخرى، وإذا دعمت الأدلة صحة هذا الفرض، فإن ذلك سيؤدى إلى موافقة مقنعة على خطورة الاستخدام المكثف لهذا العقار. إلا أنه بملاحظة ١٠٠ مستخدم منتظم للماريجونا لمدة ٦-٧ سنوات فشل الباحثون فى ملاحظة تأثير كبير أوأدلة على وجود أمراض نفسية فى المستخدمين عند مقارنتهم بخمسين من غير المستخدمين حديثى السن من الذكور والإناث، ومن ناحية أخرى وكما لاحظنا سابقاً فإن استخدام الماريجونا يرتبط بأعراض قصور الدافعية فى بعض المستخدمين المزمنين، وهو ما يتداخل ويؤثر بوضوح على قدرتهم على الأداء الوظيفى. ولكن أيهما أسبق الإدمان أم المرض النفسى؟ وحيث يتعارض ذلك مع فرص التداوى الذاتى Self-medication "الذى يعد تفسيراً سيكوديناميا لظاهرة الإدمان، الذى يرى أن الفرد يستخدم الكحول وغيره من العقاقير لمداوة عدم تحمل الحالات الوجدانية، وفى رأى خنتزيان ١٩٨٥ أن اختيار العقار أو المادة التى تستخدم يتم بناء على قدرتها على ضبط حالات وجدانية معينة، فبعض المدمنين يستخدمون العقاقير المنشطة للتعامل مع

الاكتئاب والضجر أو الخوف، بينما أخرون يستخدمون المهدئات لعلاج أخطار الغضب أو الهياج" (محمد محروس الشناوى، محمد السيد ١٩٩٨).

إن النتائج التى تجمعت خلال السنوات الأخيرة تدعم وجهة النظر القائلة بأن استخدام العقاقير يرجع بشكل جزئى إلى الاختلالات الوظيفية للجهاز العصبى المركزى. فإحدى أكثر النظريات الحديثة قبولاً عن إدمان الكوكايين أن المخدر يعوق امتصاص مادة الدوبامين مرة ثانية، وهى إحدى الناقلات العصبية الهامة، وعند ذلك يحدث الكوكايين حالة من النشاط والخفة والنشوة ويضع الأساس لواحد من أثاره الرئيسية وهى الانهيار عند الانقطاع عن تعاطى الكوكايين ومن ثم حدوث اكتئاب عميق. السؤال الرئيسى الذى يبحث عن إجابة فى تلك النظرية، هو ما إذا كان بعض الناس أكثر حساسية من غيرهم لإغراءات حالة النشاط والخفة التى يثيرها الكوكايين أم أنهم أكثر تأثراً بالأكتئاب المصاحب للأنقطاع عن الكوكايين أو إلى كل منهما؟ من المفترض أن الشخص الحساس لحالة النشاط أو الخفة أو الأكثر تأثراً بالاكتئاب أو لكل منهما ربما يكون لديه شذوذ موروث فى تمثيل الناقلات العصبية. ولكى يفسر الباحثون تلازم سوء أستخدام المواد والإضطرابات النفسية الأخرى يجب عليهم أن يحلو مشكلة الدجاجة والبيضة، بمعنى آخر يحدودا ما إذا كانت أعراض الإضطراب أو الإضطرابات الأخرى:ـ

١ـ تسبق سوء أستخدام المواد، وفى تلك الحالة ربما يكون سوء أستخدام المواد قد حدث اثناء محاولة الشخص إخماد أعراض إضطراب أخر (كما ذكرت المدرسة السيكوديناميه)

٢ـ هى نتائج لإضطرابات وضغوط الحياة لدى الشخص الذى يسيئ أستخدام المواد.

٣ـ تلى حدوث سوء استخدام المواد وتنتج عنها، حيث أن سوء استخدام المواد غالباً ما يسبب أعراض تشبه إضطرابات أخرى.

٤ـ أو أنه خليط ومزيج من المكونات الثلاثة السابقة.

لقد تضاربت الأدلة التجريبية المتاحة التى تحسم تلك المشكلة، ومع ذلك يبدوا أن قوة الأدلة تقترح أمران:ـ

١ـ غالباً ما يسبق سوء استخدام المواد بشكل منتظم سلوك لا اجتماعى (مضاد للمجتمع) وربما يساعد فى تنشيط بدايته.

٢ـ أن الاكتئاب غالباً ما يسبق ويلى فى الوقت ذاته سوء أستخدام المواد تاركاً دوره السببى غير محدد.

ويبقى الأمر الأكثر غموضاً، وهو ما إذا كان الفصام وإضطرابات القلق، وإضطرابات النوم تساهم فى حدوث سوء أستخدام المواد، وإذا كانوا يساهمون فعلاً فكيف يتم ذلك. وليس هناك بُد من أن نقتنع بـرأى سكوكت Schockit 1994 فى هذا الإطار حيث يقول "ليست هناك طريقة سهلة أو كاملة لاستخدام تشخيصات متعددة فى حالة سوء أستخدام المواد لكى نشير إلى المآل والعلاج، وحتى مع كمية البيانات المتزايدة عن الانتشار المتزايد لمسميات الإضطرابات لدى المرضى الذين تنطبق عليهم خصائص المشكلات المرتبطة بتعاطى المخدر أو الكحول، فلا يوجد منهج نظرى واحد يبدو أنه يحقق الهدف بوضوح" (Wilson, t. et al 1994).

ب ـ عوامل وسمات الشخصية:ـ

هل يوجد حقاً ما يسمى بالشخصية المدمنة addictive personality أو هل صحيح أن مدمنوا الكحول والمخدرات يشتركون فى عدد من السمات الشخصية التى تجعلهم مختلفين عن الأخرين من غير المدمنين، وهل استطاع علماء السلوكية أن يحدودا نمطاً أو مجموعة سمات للشخصية يمكن من خلالها التنبؤ بسوء أستخدام العقاقير والمواد المخدرة؟

يشير المؤيدون لهذا الاتجاه إلى أن الكثير من مدمنى الكحول يشتركون فى سلوكيات وخصائص شخصية معينة تميزهم عن غير المدمنين مثل الميول الاكتئابية والمضادة للمجتمع إلا أن البعض الأخرى يرى هذه الخصائص على أنها نتيجة وليست سبباً. ويعد تصنيف كيسيل وولتون Kessel & walton للشخصية المدمنة من أكثر التصنيفات شيوعاً مثل:

أ ـ غير الناضج: الذى لا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن الأبوين ويعجز عن تكوين علاقات ثابتة وهادفة مع الأخرين.

ب ـ منغمس فى الذات: الذى يصر على تحقيق ما يريده فوراً وإشباع رغباته فى الحال ولا يستطيع الصبر أو التأجيل لينال ما يريد فى وقت لاحق.

جـ ـ المعتل جنسياً: يعانى من ضعف الدافع الجنسى أو الخجل الشديد من الجنس أو الشذوذ الجنسى.

د ـ المعاقب لذاته: تتكون هذه الشخصية نتيجة لأسلوب التربية التى يعاقب الطفل فيه عند إحساسه بالرغبة فى التعبير عن الغضب فى موقف يتطلب ذلك فيلجأ إلى الخمر أو المخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة فى بعض الأحيان.

هـ ـ الشخصية المكروبة: وهى شخصية قلقة متوترة تلجأ للمسكرات والعقاقير لتسكين القلق الأمر الذى يؤدى تكراره إلى الأدمان (عادل دمرداش: ١٩٨٢).

وعلى الرغم من أن بعض العلماء مثل شير وترول Sher & trull يرفضون فكرة الشخصية المدمنة، إلا أنهما يؤمنان بأن عوامل الشخصية تلعب دوراً فى الإصابة بإدمان الكحول أو ممارسة السلوك المضاد للمجتمع، ويعتقدان أنه ربما تكون نفس العوامل مسئولة عن كلا الإضطرابين وربما يقصدان أو يرجعان ذلك إلى أبعاد سمات الشخصية واسعة النطاق brod-band personality traits dimentions التى تتوسط العلاقة ما بين العوامل الوراثية والسلوك.

وتعد نظرية كلونينجر Cloninger, 1987 عن الميكانزمات التكيفية الوراثية العصبية neurogenetic adaptive mechanisms أكثر التطورات إثارة فى هذا السياق، حيث يعتقد أن العوامل الوراثية، والعصبية البيولوجية، وعوامل الشخصية، والعوامل البيئية تتفاعل لإنتاج أشخاص أكثر عرضه بصورة فعلية لحدوث اعتماد على الكحول أكثر من الأشخاص الذين يفتقدون هذه العوامل المهيئة، ولو تم تأكيد هذه النظرية تجريبياً فإنها ستؤيد بقوة الدور الذى تلعبه عوامل الشخصية فى إدمان الكحول (wilson, t. et al 1996).

النموذج البيولوجى/ النفسى الإجتماعى للإدمان:ــ

لقد قدمنا عدداً من التفسيرات لأسباب الإضطرابات المرتبطة بتعاطى المواد والعقاقير كالعوامل الوراثية الحيوية والعوامل الإجتماعية الثقافية والعوامل النفسية (السيكودينامية والقائمة على التعلم والنظريات التفاعلية وغيرها) والعوامل الشخصية والمرضية. ولا تستطيع وجهة نظر واحدة من هؤلاء وحدها أن تقدم تفسيراً مقنعاً أو شافياً وكافياً لبداية واستمرار سوء الاستخدام والاعتماد على المواد مثلما تفعل تلك النظريات إذا دُرست مجتمعة. ولقد اقترب مجال الإدمان أكثر من ذى قبل إلى تكامل نتائجه المنفصلة وتحقيق فهم متكامل وأفضل، وعلى الرغم من أن علم السيكوباثولوجى لم يقل كلمته الأخيرة فى الموضوع، إلا أن نظرية الميكانزمات التكيفية العصبية الوراثية لكلوننجر تقدم نوعاً من التكامل بين النماذج المعقدة والنتائج المتباعدة التى من المحتمل ظهورها.

❁ علاج الإدمان وسوء استخدام المواد:ــ

الكثير من طرق العلاج التى سيتم عرضها فى هذا الجزء تستخدم مع كل من مدمنى الكحول والمخدرات على السواء، فمعظم المرضى اليوم يسيئون استخدام أكثر من مادة. ويمكن تقسيم طرق العلاج المستخدمة إلى ثلاث أنواع:ــ

أ ــ طرق العلاج التى تنصب مباشرة على منع أو وقف استخدام المادة أو العقار: مثل إزالة السموم والعلاج الفارماكولوجى.

ب ــ طرق العلاج المساعدة (الثانوية) التى تهدف إلى تهيئة الظروف لتحقيق أفضل مستوى من الفاعلية للنوع الأول مثل العلاج الأسرى والجماعى، والمساعدة الذاتية، والعلاج الدينى

جـ ــ طرق العلاج التى تحول دون منع الانتكاسة أو الارتداد إلى المخدر.

وفيما يلى عرض لهذه الطرق بالتفصيل:ــ

أولاً: طرق العلاج التى تنصب مباشرة على المادة ومنع أو وقف استخدامها وأهمها:ـ

١ـ إزالة السموم: Detoxification

قبل علاج إساءة الاستخدام من المواد من أى نوع، وقبل إمكانية السيطرة عليها ينبغى ان تتم أولاً عملية إزالة السموم من جسم المريض، وهذا يعنى سحب المادة أو المواد التى يعتمد عليها المريض، فبالإضافة إلى حفظ الصحة الجسمية للمريض تزيد إزالة السموم من فرص نجاح طرق العلاج، فضلاً عن ذلك فإن الأشخاص المعتمدين على المخدرات أو الكحوليات لا يستطيعون التعاون مع المعالج ولا يستجيبون للبرنامج العلاجى إذا ما استمروا على حالة الثمالة معظم اليوم، وحتى بعد إزالة السموم من الأشخاص المعتمدين على الكحوليات فإنهم يستغرقون شهرين أو ثلاثة شهور قبل عودة عمليات التفكير إلى حالتها الطبيعية، كما أن بعض مدمنى الكحوليات من كبار السن لا يستردون قدراتهم المعرفية تماماً، حيث تتأثر قدراتهم العقلية بعد فترة طويلة من الإفراط فى تعاطى الكحول.

بعض المواد المخدرة يمكن إزالة سمومها خارج المستشفى بشكل آمن فى حين أن انسحاب مواد أخرى يتطلب تنويم الشخص المدمن داخل المستشفى، العديد من مدمنى المخدرات والمفرطين فى تعاطى الكحوليات يصبحون فى خطر كبير إذا ما حاولوا التخلص من سموم المخدرات التى تعاطوها خارج المستشفى مثل الأشخاص الذين لهم تاريخ طويل من الإفراط فى الشراب والذين ما زالوا يتعاطون الكحوليات يومياً وبكمية كبيرة، والأشخاص الذين يعتمدون على الباربتيورات أو المهدئات عموماً والأفراد الذين حدث لهم إطاقة أو تحمل للمهدئات الصناعية مثل الفاليوم والليبريوم، والأشخاص الذين يعتمدون على أكثر من مادة بما فى ذلك المهدئات.

ولكى يبقى المريض فى آمان فإن سحب المخدر من الجسم فى مثل هذه المواقف عالية الخطورة يستلزم خفض الجرعة اليومية بصورة تدريجية موزعة على أسبوع أو أكثر وإلا فإن أعراض الانسحاب المهددة لحياة المدمن ربما تتطور، والفرد الذى يتوقف فجأة عن تعاطى المهدئات والعقاقير المنومة والمهدئة الأخرى على سبيل المثال ربما يتسبب فى نوبات الانسحاب المفاجئة التى يمكن أن

تسبب تلف فى المخ أو غيبوبة أو الوفاة، وعلى الرغم من أن أنسحاب عقاقير أخرى يترك أحاسيس غير سارة بدرجة كبيرة إلا أنها عادة لا ترتبط بالأعراض الجسمية للانسحاب التى تهدد الحياة، إن الطبيب المعالج للفرد هو أفضل حكم لمكان وكيفية إزالة السموم.

٢ــ **العلاج السلوكى:** أصبحت الاجراءات السلوكية لعلاج إساءة استخدام المواد والعقاقير مقبولة منذ أكثر من عقدين، والأصل فى العلاج السلوكى يقوم على افتراض أن السلوك متعلم ومن ثم يمكن تعديله، والغرض من العلاج هو خفض تفضيل المدمن لاستخدام العقار فى الوقت الذى يزيد فيه تفضيل الأنشطة الأخرى التى ستساند الأداء التكيفى على المدى الطويل ومن هذه الطرق:ــ

أ ــ **العلاج بالتنفير Averison Therapy:** ويندرج تحته عدة صور للتنفير تعتمد كلها على مبدأ الإشراط التقليدى مثل:ــ

١ــ **التنفير الكيميائى:** تطور فى نهاية الثلاثنيات، وأصبح اليوم أكثر قبولاً على الرغم أنه ما زال يثير بعض الجدل، ويعتمد على الاقتران أو المزواجة المتكررة بين مثير حسى ومرغوب فى المادة التى يتعاطاها الشخص مثل اللون أو الطعم أو الرائحة مع مثير حسى أيضاً ولكنه منفر مثل المادة التى تسبب القيئ والغثيان وبسبب ذلك يحدث نوع من الإشراط التنفيرى للكحول والمثير المتصل به مثل طعمه أو لونه أو رائحته. ويتوقف الخفض التالى لاستخدام المادة على قوة التنفير المشروط، وتقدر استمرار حالة النفور فى أغلب الأحوال عدة شهور يستطيع المريض خلالها أن يستمتع بفترة فاصلة يشعر خلالها من التحرر إلى الشوق للكحوليات، ويستطيع خلالها أن يعمل للحصول على حل أكثر دواماً واستمرار لمشكلات اساءة استخدام هذه المادة. ويستخدم مع مدمنى الكحول دواء مثير للغثيان مثل هيدروكلوريدالإميتين Emetine Hydrocloride فى إطار بيئة طبية ثم تعرض العلامات المتصلة بالمادة أو العقار (كالرائحة) أثناء الغثيان والقيئ. وتبشر نتائج العلاج بالتنفير الكيميائى بنتائج طيبة عن المداخل العلاجية الأخرى لإدمان الكحول، ولكنه يحتاج إلى مدمن لديه دافعية قوية للخلاص من المخدر وأن

يستحضر دائماً إلى ذهنة الأثار غير السارة ومطلبه الدائم للعلاج، والخبرات المتكررة من الغثيان والقيئ.

٢ـ التنفير بالصدمات الكهربية: نظراً لأنه من الصعب التحكم فى المدى الزمنى الذى يستغرقه تأثير المادة، ولوجود مخاطر مرتبطة بأستخدام الأدوية، ولصعوبة استخدامها مع المخدرات التى يتم تعاطيها عن طريق الشم أو الحقن فقد اقترح استخدام مستويات مؤلمة ولكنها آمنة من الضدمات الكهربية كبديل للمثير المشروط. وقد أستخدمت فنية التنفير بالصدمة الكهربية فى علاج التدخين من خلال المزواجة بين مثير يتمثل فى الصدمة الكهربية المؤلمة والغثيان الناتج عن العقار والصور السلبية، وإشعال السجاير، فإننا بذلك نغرى المدخنين للتوقف عن التدخين، ولكن إذا لم يستمر هذا الارتباط لمدة كافية فإن الافراد يأخذون فى العودة بسرعة إلى مستويات ما قبل العلاج.

٣ـ التنفير عن طريق الإشباع: ويمكن استخدامه فى علاج إدمان النيكوتين والكافيين، فقد تم علاج تدخين السجاير فى برامج العلاج السريع للتدخين، حيث يقوم الأفراد بتدخين العديد من السجاير فى تتابع سريع بشكل عميق وبصورة متكررة، وهذا من شأنه أن يحمل على النفور من تلك الجرعة عالية التركيز للنيكوتين والقطران التى يلتهمونها. وعلى الرغم من أن التنفير بالتدخين السريع قد حقق بعض النجاح فى حمل بعض المدخنين على الابتعاد لمدة قصيرة، إلا أن نتائجها على المدى الطويل كانت مخيبة للأمال.

٤ـ التنفير التخيلى وتشكيل الحساسية بشكل خفى:ـ نتيجة لبعض المشكلات المرتبطة بأستخدام التنفير الكيميائى والصدمات الكهربية أو عن طريق الإشباع مثل ضرورة إتمامها تحت إشراف طبى، وعدم اتساقها مع أخلاقيات العلاج إذا وجد بديل أكثر إيجابية، وغيرها من المشكلات بدأ التفكير فى أستخدام التنفير التخيلى وتشكيل الحساسية بشكل خفى Covert Sensitization بناء على البحوث التى أجراها كوتيلا Coutela 1970 فإن التكوين الخفى للحساسية يتضمن المزواجة التخيلية لمشاهد استخدام المخدرات مع أحداث ذات مستوى عالى من الكدر وفى بعض الأحيان يصاحب ذلك روائح منفره مثل حامض الفاليريك. كما أن من أساليب التنفير

المستخدمة تلك التى يتم أثناءها غمر المريض بالمشاهد غير السارة المرتبطة بتخيل استجابة مناسبة مثل رفض استخدام العقار أو مغادرة البيئة التى يستخدم فيها العقار.

وقد وصف ريميل وأخرون Rimmele et al 1989 كيف استخدموا التشكيل الخفى للحساسية الذى يستلزم تطوير مشاهد منفرة تشتمل على استخدام المريض للمادة تقترن به مشاهد تكوين الحساسية التى تشتمل على نتائج غير سارة لدرجة بعيدة لاستخدام العقار. إن هذا النوع من العلاج يعتمد على فاعلية المريض فى تكوين (بناء) والابقاء على، وإنهاء المثيرات المتخيلة، وهذه قد تعانى من قصور لدى بعض الأفراد، ولهذا الأسلوب ميزات تجعله يتفوق على الأساليب الأخرى للتنفير، فهو أكثر أمناً وأيسر فى الاستخدام فى مواقف عديدة (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨).

ب ـ العلاجات السلوكية واسعة النطاق: العديد من برامج العلاج السلوكى التى تطورت عبر العقود الثلاثة الأخيرة ركزت بجانب الاهتمام بالافراط فى تعاطى المخدر على النتائج السلبية له فى النواحى الوظيفية والعلاقات البينشخصية والانفعالية التى يجلبها، إن التركيز الطموح لتلك البرامج يوضح لنا لماذا أطلق عليها معالجات واسعة النطاق broad-spectrun treatments، فالعديد من هذه البرامج اختبرت مفاهيم سلوكية وعلاجية حديثة مثل الأهداف العلاجية لغير الممتنعين nanabstinent treatment goals ومن هذه البرامج:ـ

١ـ برنامج العلاج السلوكى المتفرد Individualized: ويعد واحداً من أفضل البرامج المعروفة لعلاج الكحولية وضعه سوبل وسوبل Sobell & Sobell 1976، فى الوقت الذى بدأ فيه دراسة العلاج السلوكى المتفرد كانت معظم برامج علاج إدمان الكحول يميل إلى التركيز على أهداف علاجية غير محدودة مثل إحداث تغيرات فى الشخصية أو زيادة النضج السيكولوجى على أمل أن تؤدى تلك التغيرات غير المحددة إلى تغيرات إيجابية فى مشكلات الشراب أيضاً، ولكن برنامج العلاج السلوكى المتفرد كان هادفاً، فقد صممت تدخلاته خصيصاً من أجل:ـ

١ـ لتعديل إفراط التعاطى من قبل الأفراد وذلك بإمدادهم بما يساعدهم على التحكم أو ضبط مهارتهم الاجتماعية المتصلة بالشراب أو التعاطى.

٢ـ لتقويم القصور المرتبط بسوء استخدام المخدر فى المهارات الاجتماعية والبينشخصية والانفعالية. ويفترض هذا المدخل التركيز على الأفراط فى الشراب والنتائج المترتبة عليه.

وقد تم تقييم مدى نجاح برنامج العلاج السلوكى المتفرد لمدمنى الكحوليات عن طريق تحديد أى مجموعات المرضى يتعاطون المخدر بدرجة أقل فى فترة المتابعة بعد البرنامج هل هم الذين تلقوا برنامج العلاج السلوكى المتفرد أم العلاج المعيارى. وعند المتابعة لستة شهور ثم لعامين كان المرضى الذين تلقوا العلاج السلوكى المتفرد يشربون بمعدل أقل سواء من حيث النوعية أو المعدل (عدد المرات) عن المرضى الذين تلقوا العلاج المعيارى، المرضى الذين بذلوا أقصى ما فى وسعهم أثناء المتابعة تحولوا لتلقى كل من العلاج المتفرد، والتعرف على هدف العلاج بالضبط الاجتماعى للشراب الذى يعد هدف علاجى لغير الممتنعين أكثر من كونه هدف تقليدى للعلاج.

٢ـ برامج أهداف التعاطى المحكمة (المضبوطة):ـ أستخدام أهداف التعاطى المحكمة Controlled drinking gools لمدمنى الكحول المزمنين ما زالت تعانى من النقص أو الافتقار إلى نتائج البحوث المدعمة لذلك، فى حين توجد نتائج مدعمة أكبر لاستخدام أهداف التعاطى لغير الممتنعين وخاصة بالنسبة لهؤلاء الذين بدأو يتعرضون لمشكلات من جراء تعاطيهم للكحوليات، فالشخص الذى يتناول كمية قليلة من الكحول ربما يكون قد وقع فى براثن الدافع للشراب ويمر من خلال تلك التجربة بسلسلة من الخبرات التى قد تتمثل فى القاء القبض عليه أو إساءة سمعته أو فقده للوعى أو الأنخراط فى سلوك غاضب وعنيف. معظم الأفراد فى المراحل المبكرة من التعاطى يميلون إلى عدم الرغبة فى التوقف، ومع ذلك إذا ما تم إرشادهم إلى إدراك المشكلة التى هم بصددها فربما يرغبون فى المشاركة فى البرنامج المصمم لمساعدتهم على تنمية إطار معتدل لتعاطى الشراب وتجنب المشكلات المتعلقة بعملية التعاطى مستقبلاً.

ويبدو أن استخدام برامج أهداف التعاطى المحكمه يمكن إجراءها للمتعاطين ذوى المشكلات فى المراحل المبكرة حيث أوضحت الدراسات على هذه الفئة أنها

توصلت لنتائج مشجعة، ويشتمل العلاج السلوكى لهؤلاء المتعاطين على العديد من العناصر مثل التدريب على السيطرة على النفس لمساعدتهم على وضع حد للتعاطى، والجهود المكثفة للتعرف على التعزيزات البديلة للتعاطى الكثيف، كما تستخدم إعادة البناء المعرفى لتغيير الاعتقاد القائل أنه ليس من الممكن لشخص يعانى من مشاكل ترتبط بتعاطى الكحول أن يصبح معتدل فى استخدامه للمخدر (wilson, t.et al 1996)

جـ ـ فنيات الضبط الذاتى:ـ

على الرغم من أن سكنر قد شرح مفهوم الضبط الذاتى Self-control بلغة الأشراط والتعزيز وليس على أنه شعوراً أو وعياً داخلياً بالذات كما يصفها بندورا، إلا أنه بشكل عام تهتم برامج الضبط الذاتى بتعليم المدمن أسلوب تأجيل الإشباع أو الإرضاء deley of gratification ويمكن تعريفه بأنه أسلوب يفرض به المرء على نفسه تأجيل التعزيزات الصغيرة العاجلة فى سبيل أخرى كبيرة آجلة، ومن هذه الفنيات:

١ـ التعاقدات المشروطة contingency contrating: أستخدمت التعاقدات المشروطة فى علاج التدخين وإدمان الكحول، ويتم خلالها تدريب الشخص على تفضيل إبدال المعززات البسيطة قريبة المدى مثل النيكوتين والكحول بمعززات أخرى بعيدة المدى مثل الصحة وطول العمر، وباستخدام المراقبة الذاتية وخفض معدل التدخين أو تغيير نوع السيجارة إلى أخرى ذات نيكوتين وقار أقل، والتعزيز الاجتماعي من قبل غير المدخنين وأبراز التعزيزات المصاحبة كتوفر المال وتحسن الحالة الصحية بالإضافة إلى تجنب المثيرات الخارجية التى تحفز الشخص للعودة للتدخين أو الشراب، ومعالجة الحالات ا.نفعالية غير السارة يمكن خفض معدل الشراب أو التدخين. وقد نجح ماستين وأخرون Masten et al 1983 فى علاج طالبة جامعية عمرها ١٨ سنة بأستخدام فنية التعاقد فى خفض معدل التدخين من ٩٦ سيجارة أسبوعياً إلى ١٢ سيجارة خلال فترة تدخل قوامها خمسة أيام، ووصلت إلى أمتناع كلى أثناء مرحلة المحافظة، وخلال فترة المتابعة بعد ١٧، ٢٠ شهر استمرت المفحوصة فى أمتناعها عن التدخين، حيث أعتبر الاتفاق على خفض التدخين والموعد النهائى للإقلاع أمرين حاسمين فى نجاح البرنامج. ولكن

يعاب على هذه النوعية من البرامج عدم التزام بعض الحالات بالتعاقدات المشروطة المتفق عليها.

٢ـ التعريض للعلامات ومنع الاستجابة: ذكرنا من قبل أن المثيرات البيئية المرتبطة بأستخدام العقار أو المخدر (مثل المكان والإضاءة وغيرها) يمكن أن تبقى مثيرات شرطية للعودة إلى المخدر حتى بعد الإقلاع عن استخدامه، وقد قادت هذه الفكرة إلى استخدام العلاجات القائمة على التعريض Expoure مع مدمنى الكحوليات والمخدرات والتأكيد على التحكم الذاتى فى الوقت نفسه، وهذه الطريقة شبيهة بالعلاجات السلوكية المستخدمة مع حالات الوساوس والأفعال القهرية. وفى حالة المدمنين فإن المرضى يُعرضون لمثيرات ترتبط بالمادة، ويمنعون من أو يشجعون بشدة على عدم الاشتراك فى استخدام العقار أو المادة المخدرة، ومع تكرار التعرض فإن الرغبة فى الاشتراك فى استخدام المخدرات تنطفئ مما يؤدى إلى تقليل استخدام العقاقير عندما يتعرض المريض لمثيراتها فى بيئاتهم الطبيعية. ويصف رانكلين وزملاؤه Ranklin et al 1983 استخدام هذه الفنية مع مدمنى الكحوليات المقيمين داخلياً فى إحدى المصحات، حيث أعطيت لهم جرعة أولية من الكحوليات ثم وضعوا قريباً من مشروبات كحولية لمدة ٤٥ دقيقة وقد شُجع المرضى على أن يمسكو بالشراب وأن يضعوه على شفاههم وأن يشموا الكحول وقد نتج عن هذا التعرض انخفاض الرغبة فى الشراب، كما أستخدمت استراتيجيات مماثلة مع مدمنى الكوكايين.

٣ـ التدخلات الفارماكولوجية:ـ

تستخدم العديد من الأدوية والعقاقير الكيميائية كبديل غير اعتمادى للمخدرات التى سُيئ استخدمها أو للحد من أعراض الانسحاب وأهمها:ـ

أ ـ وسائل زيادة الحساسية للكحول والمخدرات Alcohol-and druge-sensitizing: توقف مضادات إدمان المخدرات مثل الديسولفرام disulfiram الانهيار الجسدى أو العقلى أو العصبى الناتج عن الكحول، فالأشخاص الذين تعاطوا مضادات الإدمان لم يستطيعوا التمثيل الغذائى للكحول، حيث يتدخل هذا الدواء مع استقلاب الكحول وبعد أن يتحول الكحول إلى الأسيتالدهيد

acetaldehyed تتوقف عملية الاستقلاب، والأسيتالدهيد مادة سامة وضارة لجسم المتعاطى ولو كانت بكمية صغيرة، وعندما يتم تعاطى كمية صغيرة من الكحول مع مضادات الإدمان وامتصاصها إلى الدورة الدموية وتأخذ تفاعلات الأسيتالدهيد مسارها فى الدم يبدأ وجه المتعاطى فى الإحمرار، ويشعر بالصداع وتزداد نبضات وخفقان القلب والغثيان والتقيؤ وصعوبة التنفس، ومع أستخدام هذا الدواء فى العلاج يعرف الكحولى أن احتساء الكحول يؤدى إلى مرضه جسمانياً وهذا يشكل رادعاً كيميائياً للكحولى، ويجعله يبذل كل طاقته لتجنبه.

ولقد استخدمت مضادات الإدمان لعقود طويلة فى علاج إدمان الكحول، ولذلك فإن الكحولى الذى يتعاطى مضادات الإدمان صباح كل يوم لا يستطيع أن يحتسى الكحول دون أن يشعر بتفاعلات الأسيتالدهيد أو الأعراض الجسمية المذكورة، ومن ثم يحميه من الاندفاع إلى الشراب حتى لو تم إغراؤه بالإشارات أو العلامات المصاحبة للشراب (مثل الرفاق، والمكان وغيرها)، وبسبب المخاطر المصاحبة لتفاعلات الأسيتالدهيد لا يصف الأطباء مضادات الإدمان إلا للأشخاص الذين يتمتعون بحالة صحية جيدة والذين يتميزون بدافعية قوية للتوقف عن التعاطى، والذين يقدرون النتائج المترتبة على تعاطى الخمر بعد تناول الدواء.

بعض الأطباء ذوى الخبرة لديهم إعجاب منقطع النظير بمضادات الإدمان فى حين أن البعض الأخر يعتقد أنها غير فعالة، والنتائج المتجمعة حول فعالية الدواء ما زالت غامضة أو غير محددة التأثير نظراً لأنه يؤثر بفاعلية مع بعض الأشخاص ولا يؤثر إطلاقاً مع البعض الآخر، فالمرضى يختلفون فى حساسيتهم لتأثير العقار. وعموما فإن الأطباء يصفون مضادات الإدمان حتى يمنحون مدمن الكحول فرصة أو فترة زمنية يتخلصون فيها من ثمالته، وخلالها يتم تعريض المريض لعلاجات سلوكية وسلوكية/ معرفية وهو ما يساعده على عدم الاستمرار فى الشراب.

وهناك دواء أخر يستخدم فى بعض الأحيان فى علاج الكحولية هو دواء (إل إس دى) ويأخذ تأثيره العلاجى شكل تحطيم أجهزة الدفاع وترك الكحولى يستذكر التجارب ويمكن لحدث عابر كذلك أن يوفر تجربة عاطفية قوية ربما أعطت

المريض شعوراً بالتغير عبر اكتسابه تبصراً جديداً فى مشاعره وتصرفاته (دوسيك وجراندو: ١٩٨٩)

ب ـــ مضـــادات المخـــدرات Narcotic Antagonsits: مثـل النالوكســـون Naloxone الذى يعد هو الآخر مثيراً للخـلاف والجـدل، حيث يسـتخدم فـى حالـة الانقطـاع عـن اسـتخدام المخـدر وانسـحابه، فـالمدمن الـذى يحـافظ علـى اسـتخدامه للنالوكسون ثم يُخطأ ويتعاطى أو يحقن بعقار مخدر مثل الهيروين لن يشعر بأثـاره التعزيزية لأن الهيروين سوف يُبدد بشكل سريع من الجسـم، فمضـادات المخـدرات تبطل أو تلغى أو تقلل بشكل كبير جداً كل الأثار التـى يحدثهـا الهيروين ويعتبرهـا المدمن أثاراً سارة بالنسـبة لـه. وكمـا فـى حالـة مضـادات الإدمـان، فـإن مضـادات المخدرات تعطى فقط للمرضى الذين يرغبون فى إنهاء اعتمادهم على المخدرات، فهؤلاء المرضـى ربما يتعـاطون المخـدر الـذى يفضلونـه علـى الرغـم مـن تنـاولهم لمضادات المخدرات، ومن ثم سوف ينتج عن ذلك أثاراً غـير سـارة وأحيانـاً تكـون خطيرة مصدرها تفاعلات العقار المستخدم مع المخـدر. وكمثـل مضـادات الإدمـان فإن النالوكسون له أثاره الداعمـة والمخفضـة، غـير أن النتـائج لـم تجـب علـى كـل الأسئلة الهامة عن الفائدة العلاجية لكل عقار أو دواء.

ويسـتخدم الميثـادون لعـلاج إدمـان الهـيروين، ولكنـه أكـثر إثـارة للجـدل مـن النالوكسون ومضادات الإدمان. ويعد الميثـادون مـن الأفيونـات المصنعـة يحـل محـل الهيروين فى مستقبلات الأفيون فـى الجهـاز العصبـى المركـزى إذا تـم تعاطيـه بشـكل منتظم. ونتيجة لذلك تختزل الأثار التعزيزيـة للهيروين بشـكل كبير، وبالنسـبة لمعظـم المستخدمين فإن الميثادون ينتـج إحساسـاً بـالقوة أقـل ممـا ينتجـه الهيروين، وقد تمـيز المدمنين الذين أختاروا المحافظة على تعاطى الميثادون كوسـيلة علاجيـة بـأنهم وافقـوا على التخلص من التأثير القوى للهيروين لكـى يحيـوا حيـاة يتحـرروا فيهـا مـن التعـود على الهيروين.

ومن الانتقادات التى وجهت لاستخدام الميثادون أنه ينتج إحساس متوسـط أو معتدل بالقوة، كما يخلق إحسـاس بالنشـاط، وأخـيراً التسـويق غـير القـانونى للعقـار ونتيجة لذلك فإن على المدمن أن يعطى تقريراً يومياً لمركـز العـلاج عـن جرعـات

الميثادون التى تناولها. ومن الانتقادات الأخرى التى تمثل محل شكوى أن الميثادون ربما يحرر المدمن من تعاطى الهيروين، ولكنه يترك له الحرية لإساءة استخدام العديد من الأنواع الأخرى من العقاقير.. ومن المواد الأخرى التى يدمنها عادة مدمن الهيروين قائمة تشمل الكحول، والكوكايين والبنزودايزبين وغيرها. غير أن ستيتزز وأخرون Stitzer et al 1992 نجحوا فى علاج مجموعة من مدمنى الهيروين بالميثادون واستطاعوا خفض تأثير إساءة الاستخدام المتنوع للعقاقير فى مرضاهم وتم ذلك عن طريق منح المرضى الميثادون ليتعاطوه فى المنزل، حيث أنهم لا يرغبون فى القيام بزيارات يومية للطبيب، وقد منح هذا الامتياز فقط إذا خلت عينات البول لديه فى أسبوعين متتاليين من المخدرات فيما عدا الميثادون.

جـ ـ عوامل التحكم فى أعراض الانسحاب:ـ

منذ حوالى عشرون عاماً مضت أعطى الأطباء مدمنى الكحول المقلعين كل من الفاليوم والليبريوم للحد من أعراض الأنسحاب. حيث يُفترض أن تُسهل هذه الأدوية الآلام النفسية والجسمية الناتجة عن انسحاب السموم، وتمنع حدوث تطور سريع أو خطر من عملية الانسحاب مثل الهياج الشديد. ولكن اليوم، يعترف العديد من الأطباء أن عدداً محدوداً نسبياً من مدمنى الكحول هم الذين يعانون من أعراض حادة لانسحاب الكحول يحتاجون على أثرها إلى التدخلات الفارماكولوجية (الدوائية) ولذلك فإن العديد من مدمنى الكحول ينجحون فى إزالة ما لديهم من سموم دون استخدام أدوية لذلك.

وفى السنوات الماضية استخدمت مضادات القلق مع مدمنى الكحول على أمل أن تساعد هذه العقاقير هؤلاء الأفراد فى التوقف عن الشراب عن طريق علاج القلق الذى يحاول العديد منهم الاعتماد على التطبيب الذاتى Self-medicate للتخلص منه. إلا أنه من المؤسف حقاً أن يضيف بعض مدمنى الكحول إدمان الفاليوم والليبريوم لإدمانهم للكحول والعقاقير الأخرى. فكل من الفاليوم والليبريوم يسبب الاعتمادية، ويؤدى إدمانها إلى تعقد عملية التحرر من الكحول، ولذلك أصبح

من النادر جداً أن تعطى مضادات القلق لأشخاص يدمنون أى من الكحول أو المخدرات الأخرى.

كما تخفض أقراص أو لبان (مضغة أو علك) النيكوتين، واللوبلين Lobeline (وهو دواء يرتبط بالنيكوتين) أعراض إنسحاب النيكوتين ويحول دون عودة المدخن إلى السيجارة من جديد، ولهذه العقاقير نتائج إيجابية معتدلة ولكن مع الأشخاص الذين لديهم مستوى مرتفع من الدافعية لتغيير سلوكهم. كما ساعد إضمحلال معدل النيكوتين فى الأشخاص الذين تحولوا إلى تدخين سجاير ذات معدل أو نسبة أقل من النيكوتين فى تحقيق نتائج مقبولة، وخاصة إذا دمج مع برامج الضبط السلوكى للذات كما تتحدى مضغة أو لبان النيكوتين النتائج الشائعة الأخرى للامتناع المستمر عن التدخين مثل زيادة الوزن، فالنساء وخاصة صغيرات السن منهن اللاتى يقاومن الامتناع عن التدخين كانوا يبررون ذلك بأن التدخين يجعلهم يفقدون شهيتهم للطعام ويجعلهم يحافظون على أوزانهم ورشاقتهم، وكنتيجة لذلك فإن الفتيات الشابات اللاتى يدخن نجحوا فى تحقيق رجيم أو حمية مقبولة وتجنبوا زيادة أوزانهم، أما اللائى توقفن عن التدخين زاد معدل استهلاكهم للطعام كما تحولوا إلى تفضيل أطعمة ذات نسبة مرتفعة من السكريات والكربوهيدرات، ولكن بعد عدة شهور من الإقلاع عن السجاير أصبح معدل الإقبال على الطعام أقل بشكل واضح. (Wilson, G.t et al, 1996)

د ــ مضادات التوق أو اشتهاء العقاقير المخدرة Anticraving Agent:ــ

خلال العشر سنوات الأخيرة توصل الباحثون إلى تصنيفات عديدة للعقاقير تبعاً لتأثيرها فى الناقلات العصبية فى المخ، وتشمل: مثبطات إعادة امتصاص Reuptake السيروتونين، وموترات agonist الدوبامين، ومضادات Antagonist الأفيونات العصبية. وقادت هذه البحوث إلى تطوير عقاقير (أدوية) لها قدرة تأثيرية على خفض الرغبة والأثار التعزيزية للكحول، وتبشر هذه العقاقير أو الأدوية بالخير لأنها ربما تكون قادرة على منع إساءة الاستخدام والاعتماد على الكحول فضلاً عن تأثيراتها العلاجية.

١ـ مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين Serotonin reuptake Inhibitors:
وهى تزيد السيروتونين فى المخ ويؤدى ذلك إلى خفض معتدل لاستهلاك الكحول فى الذكور الذين يتعاطون الكحول بشكل كثيف، حيث يتحولون إلى اعتماد خفيف أو متوسط، ويحتمل أن يرجع ذلك إلى ان السيروتونين يحد من أثار الشوق أو الحنين إلى الكحول.

٢ـ موترات الدوبامين Dopamine agonists: ويقلل هو الآخر من استهلاك الكحول واشتهاؤه طبقاً للتقريرات الذاتية للمدمنين لأنه يزيد من تركيز الدوبامين فى المخ، فالدوبامين يزيد من اشتهاء المخدر.

٣ـ النالتريكسون Naltrexone: وهو من العقاقير المضادة للأفيون تم تطويره أصلاً لعلاج الاعتماد على الأفيون بسبب أثاره الانسحابية فى مدمنى الأفيون كما أن له تأثيره الواضح على معدل اشتهاء الكحول فى مدمنيه، وقد أكد أومالى ورفاقه o'malley et al 1992 أن النالتريكسون قد خفض من تعاطى الكحول بين مدمنى الكحول غير المنومين فى المستشفى، ويرجع ذلك إلى أن العقار قد يحد من المشاعر السارة التى يحدثها الكحول (Wilson, G.t. et al, 1996)

ثانياً: طرق العلاج المساعدة

جماعات المساعدة الذاتية Self-Help groups

أ ـ برامج جمعية الكحوليين المجهوليين Alcoholics Anonymous

تعد جمعية الكحوليين المجهولين أكثر نظم المعالجة الجماعية نجاحاً، تم تأسيسها فى ١٩٣٥م فى كل من اكرون وأوهايو بواسطة إثنان من الأطباء أدمنا الكحول ثم حاولا التخلص منه ونجحا فى ذلك هما بوب وبل BoB & Bill,w، والهدف الأساسى لهذه الجمعية هو مساعدة الكحوليين على التوقف عن الشراب، ففى استطاعة الكحولى عبر اشتراكه فى مناقشات جماعية مع أخرين يعانون مشكلات مماثلة أن يدرك أن مشكلته ليست فريدة فى نوعها، وأن أفراداً أخرين تصدوا لتحدى الكحولية بنجاح، وتقدم جمعية الكحوليين المجهولين هوية وكياناً وكرامة وصفات أخرى يفتقر إليها الكحولى فى حياته، وفى استطاعة الكحولى

الممتنع عن الشرب بعد استعادة هويته (أو أكتسابها لأول مرة) أن يعمل على استعادة حياة عادية (دوسيك وجردانو: ١٩٨٩)

ولقد قدمت هذه الجمعية المساعدات لأكثر من ٨٥٠ ألف مدمن كحول أمريكي حتى عام ١٩٩٢ ولأكثر من ١,٧ مليون على مستوى العالم طبقاً لتقريراتها. وتعمل برامج هذه الجمعية في ضوء إثناعشرة خطوة تتم خلال ٩٠ جلسة في ٩٠ يوم، والخطوة الأولى وهي الاعتراف بالعجز أمام الكحول، وهي خطوة صعبة لا تتخذ إلا بعد استنفاذ الأنواع الأخرى من العلاج الفردي، غير أنه متى تحقق ذلك يستطيع الكحولي عادة الامتناع عن تناول القدح الأول، وكل يوم يمضي وهو في حالة الوعي تزداد ثقته بنفسه، ولا تطالب بأية وعود طويلة الأمد مثل "لن أشرب مرة ثانية أبداً" فقد أظهرت الحكمة والخبرة التي أكتسبت طوال أكثر من خمسون عاماً حماقة مثل هذه البوادر، وتتبع الجمعية بدلاً من ذلك ما تسميه مشروع الساعات الأربع والعشرون، وهو تشجيع الكحولي على التركيز على عدم تناول الكحول ٢٤ ساعة ثم التركيز على الأربع والعشرون ساعة التي تليها، وهذا ليس إلا مثالاً وحيداً على الواقعية والصدق والبساطة يبشر بنجاح هذا العلاج الفريد في نوعه، وفيما يلي عرض للخطوات الإثنا عشر لجمعية الكحوليين المجهولين.

١- نقر ونعترف بأننا كنا عاجزين أمام الكحول وأن حياتنا باتت جامحة لا يمكن السيطرة عليها.

٢- بتنا نعتقد أن قوة أعظم منا تستطيع إعادتنا إلى طريق الصواب.

٣- قررنا أن نهب حياتنا وإرادتنا للعناية الألهية التي ترعانا دائماً.

٤- قررنا القيام بعملية جرد وبحث دقيقة وشجاعة لأنفسنا.

٥- اعترفنا أمام الله وأمام أنفسنا وأمام الأخرين بالطبيعة الحقيقية لأخطائنا.

٦- بتنا مستعدين لتفويض الله بإزالة جميع هذه النقائص الأخلاقية.

٧- نضرع إليه أن يزيل كل نقائصنا وعيوبنا.

٨- أعددنا قائمة بأسماء جميع من أسأنا إليهم وبتنا على استعداد للاعتذار إليهم.

٩- نعوض هؤلاء الأشخاص مباشرة عن كل ضــرر الحقناه بهم إن أمكن ذلك.

١٠- واصلنا عملية محاسبة النفس والاعتراف بالخطأ فور وقوعه.

١١- سعينا عبر الصلاة والتأمل لتحسين اتصال ضمائرنا بالله كما عرفناه مصلين فقط لمعرفتنا بأن إرادة الله فينا ستعطينا القوة لتحقيق هدفنا.

١٢- بعد أن حصلنا على الوعى الروحى نتيجة لهذه الخطوات حاولنا نقل هذه الرسالة إلى الكحوليين، كما حاولنا ممارسة هذه المبادئ فى جميع شؤوننا وعلاقتنا. (دوسيك وجردانو: ١٩٨٩)

ويعتقد أفراد هذه الجمعية أن اللحاق بجلسات الجمعية كل ليلة خلال فترة العلاج الأولى والحاسمة هى أفضل طريق يحميهم من العودة إلى الشراب، حيث أن هذه الاجتماعات تعد مصدر حماية تحررهم من البيئة الأجتماعيـة التـى اقترنوا بها خلال فترة التعاطى، كما أن التزام البرنامج بعدم إصدار أحكام يساعد إلـى حد ما هؤلاء الأشخاص الذى حدث تعاطيهم للشراب بسبب إصدار أحكام قاسية من قبل الأسرة والأصدقاء وحتى من قبل أنفسهم علـى سلوكهم وعلـى قيمتهم الذاتية. فالجمعية هى إسلوب حياة للكحوليين الممتنعين عن الشرب وهى ناد ينشـأ فيه جو من الأخوة، ويدور فيه القسم الأكبر من أنشطة اعضاءها الاجتماعية حول تلك المجموعة، ويتفانى أعضاؤها فى مساعدة الأخرين على البقاء فـى وعـى ورصانة تصبح فيما بعد نوعاً من نكران الذات، وهم يساعدون أنفسهم بمساعدتهم للأخرين.

والمقابلات النموذجية لهذه الجمعية تكون مسبوقة ومتبوعة بفترة من النشـاط الاجتماعى، وتتضمن تناول كميات كبيرة من القهوة، وعندما يبدأ اللقاء يأخذ الأعضاء الذين امتنعوا لمدة تتروح بين ٣ شهور حتى ٣٠ سنة أو أكثر فى سرد قصصهم حول: ماذا فعل بهم الكحول، وكيف أدى إلى فقدهم لأسرهم وعملهم وأصدقاءهم واحترامهم لذاتهم، وكيف أصبح رصيناً Sober من خلال مساعدة

أتباع الجمعية وماذا تعنـى الرصانـة (رجاجـة العقـل) بالنسبة لـه، وبسرعة يـدرك أعضاء جدد أنهم ليسوا بمفردهم وأن ما حدث لهم قد حدث للأخرين من قبلهم وقد يندهش الكثير منهم من ذلك ويدركون أنهم أصبحوا متزنين ويتطلعون لما خلفوها وراءهم من أنواع الحياة. وتحذر جمعية الكحوليين المجهولين من النظر إلى ما بعد الأربع والعشرون ساعة التالية من الرصانة وأن يعتقدون أن لا أحد يمكن أن يشفى تماماً من الكحولية.

ومن مجموعات المساعدة الذاتية المماثلة وذات القيمة ما تقدم للكحوليين وهم وسط أهلهم، فكل المجهولين Al-Anon يمدون يد العون ويقدمون المساندة للزوج والأقارب والأصدقاء من الكحولين، كما أن جماعة تعرف باسم Al-Ateen يقدمون المساعدة لأبناء الكحوليين من المراهقين وكل هذه المجموعات تنتمى إلى نفس الفلسفة وتتشابه فى أهدافها ودورها. وعلى الرغم من أن جمعية الكحوليين المجهولين بقيت عامل أساسى فى علاج إدمان الكحول لما يزيد عن ستين سنة، إلا أنه من الصعب تقييم تأثيرها، ويرجع ذلك إلى الطبيعة اللامركزية للجمعية. فبينما يعمل الجميع طبقاً لتقاليد الجمعية، رغم ذلك يبقى لكل جماعة خصوصيتها فى تطور اهتمامها وتقاليدها وإجراءات المساعدة، وعلى الرغم من أن هذه الفلسفة تحدد حد أدنى من التنظيم إلا أنها تسمح بالتجديد المتواصل، كما أجرت دراسات مقارنة بين فعاليات العلاج فى الجماعات المختلفة.

وتؤكد دراسات هذه الجمعية عن فعاليات العلاج أن نسبة الامتناع تتروح بين ٢٥-٥٠٪، وتمثل هذه النسبة عائد مماثل للعلاج بالطرق الأخرى، كما أوضحت بيانات مسح العضوية أن متوسط طول مدة الأقلاع حوالى ٥٠ شهر للأشخاص المواظبين على حضور الجلسات (ويقصد بالمواظبة أو الانتظام حضور ٤ جلسات أسبوعياً فى المتوسط من قبل نفس العضو)، كما وجدت المسوح أن نصف الأعضاء الذين يحضرون ثلاث أو أربع لقاءات فى الأسبوع لا يستمرون لأكثر من ثلاث شهور – وقد أجرى ولش وزملاؤه Walsh et al 1991 دراسة تعد واحدة من أهم الدراسات التى تبرز العائد العلاجى لبرامج جمعية الكحوليين المجهولين، حيث تم تقسيم عينة من عمال الصناعة المنضمين حديثاً للجمعية الذين

يعانون من مشكلات تتعلق بإدمان الكحول وصنفت هذه المجموعة إلى ثلاث مجموعات فرعية هي:

١- العلاج الإلزامى للمريض متبوع بالتحاق إلزامى ببرنامج الجمعية.

٢- اللحاق الإلزامى ببرنامج الجمعية فقط.

٣- الاختيار الحر للبرنامج العلاجى. فلأى شخص الحرية فى التفضيل بين الخيارات المعروضة، ولقد اختار ٤٦٪ اللحاق ببرنامج الجمعية بينما أختار ٤١٪ منهم العلاج الإلزامى. وتم المقارنة بينهم حيث أبدت المجموعات الثلاثة تحسناً واضحاً فى الأداء المهنى، ولكن المرضى الذين التحقوا بالبرنامج الأول (العلاج الإلزامى المتبوع باللحاق ببرنامج الجمعية) حقق مستوى أفضل من المجموعتين الأخريتين على مقياس الشراب مما دعى الباحثين إلى الأعتقاد بأن العلاج الإلزامى غالباً ما يرتبط بأمتناع أطول عما يحققه الملتحقين بالجمعية، كما أن عضوية الجمعية تسهم هى الأخرى فى تحقيق نتائج ايجابية (Wilson, et al 1996).

ب ـ برامج السينانون ومدمنى المخدرات المجهولين:ـ

إثنان من برامج المساعدة الذاتية لمدمنى المخدرات تشمل برامج السينانون Synanon والمدمنين المجهولين Narcotics Anonymous ويختلفان عن بعضهما بشكل واضح.

١ـ **برنامج السينانون:** يقول أندرو أن المجتمع هو الذى يعد للجريمة بينما يقوم المجرم بتنفيذها. ويذهب إلى أن ديدريتش مؤسس سينانون وضع تصاميم مجتمع جديد لمدمنى المخدرات لا يكونون مجرد حثالة، ويتمثل مدخل سينانون وأهدافه العلاجية فى عدم الإسراف فى تعاطى المخدرات وخاصة الهيروين والكوكايين، وخلال ذلك يواجه الأعضاء بعضهم البعض بجهود ثابتة للتغلب على الدفاعات والإنكار، حيث تفترض سينانون إن إنكار المدمن لمسئولياته الشخصية لإساءة الاستخدام، والنتائج السلبية لها تمثل عوامل هامة فيما يتعلق بقراره فى الحد أو التخلص من الإدمان. ويتم ذلك من خلال مجموعات المواجهة التى تركز على

تحمل الفرد لمسئولياته الشخصية نحو سلوكه وخاصة سلوك استخدام المخدر، وتفترض أن المدمنين ومسيئ استخدام العقاقير سوف يستمرون ما لم يتم التغلب على عملية الإنكار والتحول إلى التركيز على أثار الإدمان سواء على أنفسهم أو على الآخرين، ومن بين المقومات القوية لسينانون وجود نظام مكافأت قيمة يوفر العمل والكيان والاعتراف خطوة خطوة وأنماط يتم التوصل إليها تتفق والمجتمع كله، ومن استراتيجياتها صياغة المسلك والطريق إلى ذلك بالمجابهة والإحباط والهجوم، ولما كان أعضاء سينانون يعيشون معاً ضمن جماعة المنظمة فإنهم يظلون أبداً على أتصال مع بعضهم بعضاً فيتعلم جميع المشتركين الكثير عن أنفسهم وعن حياة خالية من المخدر بوجه عام، ولما كان مستهلكو المخدرات يُشبهون بأطفال لم تتح لهم الفرصة للنضج أو تعلم الحياة فى عالم مُحب يهتم بالجميع ويحمى الجميع، فإن سينانون تمنح أعضاءها الفرصة لمعرفة هذه الصفات، ولا يستطيع المرء أن يحكم على الطفل بالعقاب والعداء ذلك لأن الطفل لا يأتى لهذا العالم مزوداً بشعور بالمسئولية الأخلاقية والأدبية، كما يُمنحون الفرصة إن هم شاؤوا البقاء طيلة حياتهم لتطوير هذه المميزات المفقودة ولا يمكن تحديد موعد معين للشفاء من الإدمان فبعض الأعضاء يتركون الوحدة السكنية عندما يكونوا على درجة كافية من الثقة بحياتهم الجديدة الخالية من المخدرات، ولكن أكثرية كبيرة من المدمنين السابقين يظلون ضمن المنظمة. غير أن السُمعة التى اكتسبتها سينانون اضمحلت إلى حد بعيد خلال السنوات الأخيرة لأنها اعتبرت نظاماً دينياً يعد الولاء لمؤسسة "دوك ديدريتش" عنصراً مهما للغاية فى برامج اعادة التأهيل (دوسيك وجردانو ١٩٨٩)

٢- برامج مدمنى المخدرات المجهولين: وتم تطويرها بعد جمعية الكحوليين المجهولين وبصورة مختلفة إلى حد ما ولكنها تتبع نفس طريقتها، ويحضر برنامجها مدمنى الهيروين فى اجتماعات يومية لتحثهم على الثقة فى كينونتهم الراقية higher being ليسُقطون أو يُخفضون من مشاعرهم المؤلمة بالذنب، وأن يتحملوا المسئولية كاملة لبدء حياتهم بشكل أكثر فعالية مع التحرر من المخدرات. إلا أنه من الصعب الحصول على نتائج توضح فعالية برامج المدمنين المجهولين. غير أن هناك نسبة كبيرة

من الباحثين عن المساعدة يلتحقون برامج السيناتون والمدمنين المجهولين، وهو ما يشير إلى وجود فعالية لهذه البرامج (دوسيك وجرادنو ١٩٨٩) & (Wilson, t. et al 1996)

❁ مراحل التغير فى علاج الأدمان:ـ

خلال السنوات الخمس عشر الأخيرة قام عالم النفس بروشيسكا ومساعدوه Prochaska, et al بدراسة أهم التغيرات التى يمر بها المدمنين الملتحقين ببرامج العلاج حيث وجدوا أن تعديل السلوك الإدمانى يمر بخمس مراحل هى:ـ

١- مرحلة ما قبل التأمل أو ما قبل الاعتزام على العلاج.

٢- مرحلة الاعتزام على العلاج.

٣- مرحلة التحضير.

٤- مرحلة اتخاذ الإجراءات.

٥- مرحلة الإقلاع.

والأشخاص المعتمدين على المخدرات غالباً ما يدورون مع هذه المراحل فى العديد من المرات قبل أن يحققوا امتناع كامل عن المخدر، فضلاً عن ذلك، يبدو أن طرقاً محددة ومختلفة للعلاج تكون أكثر فعالية فى بعض المراحل من غيرها.

١- مرحلة ما قبل الاعتزام على العلاج: Precontemplation، وخلال هذه المرحلة لا تكون هناك نية أو عزم إلى تغيير السلوك إلى السلوك المتوقع فى المستقبل، وربما يكون المريض غير واع بما يعانيه من مشاكل تتعلق بالإدمان.

٢- مرحلة العزم على العلاج: Contemplation: وفيها يشعر المريض بالمشكلات المتعلقة بعملية الإدمان، ويفكر ملياً لعمل شيئاً ما حول هذه المشكلات، ولكنه لم يحقق إتصال مع البرامج العلاجية لتحقيق هذا الغرض بعد.

٣- مرحلة التحضير Preparation: وفى هذه المرحلة يترافق وجود كل من المبادأه لعملية التغيير مع التحضير لذلك، فقد يبادر المريض ببعض

التغيرات مثل خفض عدد مرات الشراب أسبوعياً أو عدد السجاير التى يدخنها يومياً.

٤- مرحلة أتخاذ الإجراءات (التصرف) action: حيث يسعى المريض إلى تحدى أو مواجهة مشكلة الإدمان بشكل مباشر إما من خلال تغيير سلوكه أو تغيير بيئته، ويمثل عدم الإسراف فى الشراب أو التعاطى أكثر تغيرات السلوك التى تعد ذات معنى.

٥- مرحلة الإقلاع maintenance: وهى المرحلة الأخيرة وفيها تأخذ المبادئ الشخصية فى تحقيق الوقاية من الارتداد، كما تتبلور المكاسب التى تحققت فى مرحلة الإجراءات.

وعلى الرغم من أن برامج دراسات بروشسكا قد ركزت على مراحل التغير فى الأشخاص الذين يسعون للتوقف عن التدخين، إلا أنه قد أوضح مراحل التغير لدى الأشخاص الذين يحاولون التوقف عن الشراب أو التعاطى. وفى دراسة حديثة قدر خلالها الباحثون مدى الاستعداد للتوقف عن التدخين لدى مدخنين راهنين يعانون أيضاً مشكلات تتعلق بالشراب، وحيث أن معظم مشكلات المتعاطين كانت ترجع إلى أنتظامهم فى عملية التدخين فإن فهم التفاعل بين هذين النوعين من الإدمان (التدخين والشراب) أثناء عملية الإقلاع أمر فى غاية الأهمية. وشملت العينة ١٩١ راشداً مدمناً من العائدين للعلاج أو المستجدين ولديهم مشكلات تتعلق بالشراب ولكن ليس من مدة طويلة، ٤١٪ منهم مدخنين فى الوقت الراهن، ٨١٪ منهم كانوا يدخنون بأنتظام فى الماضى، ومدة (الرصانة) الكحولية تقل قليلاً عن سته سنوات. من بين الـ ٧٩٪ المدخنين حالياً بالعينة كان ٥٢٪ منهم فى مرحلة ما قبل الاعتزام على الإقلاع، ٣٤٪ فى مرحلة العزم والنية، ١٤٪ فى مرحلة التحضر للتغير، وبمقارنة توزيع هذه المراحل بمراحل التغير لدى المدخنين فى دراسات أخرى كان الفرق الوحيد هو أن النساء المدخنات فى هذه العينة كن فى مرحلة مبكرة من التغير (٦٧٪ من النساء مقابل ٣٨٪ من الرجال فى مرحلة ما قبل الاعتزام) (Wilson, t.et al 1996)

ثالثاً: برامج الوقاية ومنع الإرتداد

الوقاية من الإدمان:ـ

العديد من برامج وجهود الوقاية من إدمان الكحول والمخدرات تركز على طلاب المدارس ويتم تفضيل هذه البرامج فى ضوء عمر الدارسين المشاركين فيها حيث يتم توضيح الآثار الفسيولوجية والنفسية لتعاطى الكحول والمخدرات وتقدم لهم معلومات توضيحية عن مدى الخطورة التى يتعرضون لها من جراء إساءة استخدام العقاقير كما تهتم هذه البرامج بإبراز أهم الأسباب المؤدية لعملية الأدمان مثل تعاطى الوالدين للكحول أو الاعتماد عليها، وطرق العلاج المتوفرة، وطرق مقاومة الضغوط التى يتعرضون لها من قبل الرفاق، وقد يُدعى الوالدين للمشاركة مع أبناءهم فى هذه المناقشات.

وتشترك كل برامج الوقاية فى هدف واحد وهو إقناع الأطفال والمراهقين بالنتائج السلبية الخطيرة التى سوف يواجهونها إن هم قرروا تعاطى الكحول أو المخدرات. ولتحقيق ذلك يحاول البرنامج تغيير اتجاهات الشباب نحو استخدام المخدرات بدلاً من النظر إلى تلك المواد على أنها وسائل لإظهار القوة والرجولة، حيث يسعى المربيين لجعلهم يرونها وسائل للضرر والمرض والموت.

معظم النتائج المتوفرة عن العائد من برامج التربية الوقائية، وبرامج تغيير الاتجاهات فى المرحلة الثانوية والجامعية أوضحت نجاحها فى زيادة مستوى المعلومات والتغير فى الاتجاهات من الايجابية نحو المخدر إلى درجة أقل من ذلك، ولكن بدرجة نجاح متوسطة فى تغيير مستوى الاستهلاك فى الشباب الذين يستخدمون الكحول والمخدرات بشكل فعلى. وفى المقابل لذلك فإن الجهود التى بُذلت لتغيير الاتجاهات العامة نحو التدخين خلال العقود الثلاثة الأخيرة كانت ناجحة جداً فى حين كانت برامج الوقاية من الاعتماد على الكحول والمخدرات الأخرى أقل نجاحاً وقد أدى صدور تقرير كبير الجراحين الأمريكيين عن التدخين والصحة العامة عام (١٩٦٤) إلى قيام حملة ناجحة أدت إلى تبديل الاتجاه العام نحو التدخين، وأدت هذه الحملة بشكل خاص فى خفض معدل التدخين فى الأماكن العامة كالمواصلات ومكاتب العمل كما يمكن ملاحظتها من خلال عدة جهود مثل:ـ

- انخراط جماعات بكاملها فى برامج الإقلاع عن التدخين
- زيادة الوعى العام بالأثار الصحية للتدخين السلبى (أى استنشاق غير المدخنين لدخان السجاير الذى يبثه المدخنون)
- الاستعداد الاجتماعى لتدعيم التحذيرات المكتوبة والاستجابة لها سواء على أغلفة علب السجاير أو الاماكن العامة كالمطاعم والطائرات وغيرها.

وقد انخفض معدل تدخين السجاير اليوم بنسبة ٢٩٪ مقابل ٤٠٪ عام ١٩٦٥، كما توقف المدخنين عن تعاطى السجاير ذات المعدل المرتفع من النيكوتين والقار بمعدل النصف فى ١٩٦٥ والثلث الأن.

ب ــ الوقاية من أثار إساءة استخدام المخدرات:ــ

لقد حققت الجهود المبذولة لخفض الأثار السلبية لاستخدام الكحول نتائج أكثر إيجابية عن الجهود التى بذلت للوقاية منه منذ البداية. فعلى سبيل المثال انخفض معدل حوادث السيارات بين الشباب المتعاطين له لسببين:

الأول: الحد من تيسر أو توفر الكحول للسائقين الشباب برفع السن القانونى لشراء الشراب إلى ٢١ سنة.

الثانى: بزيادة العقاب القانونى لبائعى الكحول للأشخاص دون السن الشرعى.

كما انخفضت الأعراض العضوية للكحولية من خلال برامج تساعد النساء الحوامل على تجنب مخاطر الكحول أثناء الحمل وإبراز الأثار الجسمية والمعرفية والانفعالية لإدمان الكحول على أبناء الحوامل. كما استخدمت برامج للوقاية من مشكلات الاعتماد على الكحول فى أماكن العمل بإبراز النتائج المتوقعة، حيث يُقتل السائقين المدمنين ويؤذون الألاف من المواطنين، ويحدثون خسائر مالية تقدر بالملايين سنوياً. كما يؤدى الإدمان إلى الإجهاض والتشوهات الخلقية والعيوب الصحية فى الجنين، كما يؤدى إلى حوادث العمل وقلة الانتاج ورداءته وسوء العلاقة مع الزملاء والرؤساء والتغيب المستمر عن العمل وغيرها من المشكلات المهنية.

جـ ــ علاج سوء استخدام المواد:ــ

لايلتحق ببرامج العلاج من الاعتماد على الكحول فى أمريكا أكثر من ١٠٪ من المدمنين، فإذا علمنا أن حوالى ٧-٩٪ من المجتمع الأمريكى أى حوالى ١٨ مليون مواطن يعتمدون على الكحول، كما أن نسبة لا يستهان بها من هذا العدد تسيئ استخدام أكثر من عقار بالإضافة إلى الكحول فإن حوالى (١,٦ ــ ٢) مليون من مسيئ استخدام الكحول والمخدرات فقط هم الذين يلتحقون ببرامج العلاج. فإذا فرضنا أن نسبة من هؤلاء الملتحقين بالعلاج هم الذين يحققون الشفاء دون غيرهم. وخاصة أن حوالى ٥٠٪ من الملتحقين بالبرامج العلاجية قد ينسحبون قبل بدءها فإن نسبة الشفاء لا تتجاوز ٣٠٪ من الملتحقين بأغلب البرامج العلاجية وقد تقل النسبة عن ذلك. وبحسبة رياضية بسيطة يمكن القول أن ٣٪ من المدمنين للكحول والمخدرات هم الذين يتم شفاؤهم سنوياً وهى نسبة محدودة للغاية ورغم ذلك لا يبدو الأمر بهذا السوء فقد اقترحت بعض النتائج الهامة أن بعض عوامل الشخصية للمدمن والعوامل الشخصية للمعالج ربما تلعب دوراً هاماً فى نجاح العلاج، وربما تكون أكثر أهمية من نوعية العلاج ذاته.

ومن بين العوامل الشخصية التى تلعب دوراً فى نجاح العلاج: الحالة الزواجية، (فالمتزوجون يحققون نتائج أفضل)، المستوى التعليمى (فالمتعلمون يحققون نتائج أفضل)، الحالة الوظيفية والمهنية (الموظفون يحققون نتائج أفضل). كما يلعب التاريخ الإدمانى للفرد دوراً فى عملية العلاج، فالأشخاص الذين لم يترتب على إدمانهم أمراض جسمية يتم شفاؤهم بشكل أسرع وأفضل من الأشخاص الذين تعرضوا لأمراض جسمية أو عضوية من جراء عملية الإدمان. كما أن الاشخاص الذين لديهم القدرة على الامتناع عن استخدام هذه المواد والتحكم فى الذات لفترات معقولة فى الماضى، والاشخاص الذين يستخدمون مخدر واحد أو عدد محدود من المخدرات يمكن علاجهم أفضل من غيرهم.

ومن الجهود الواعدة لتحسين نسبة نجاح العلاج تشمل المرضى المتناظرين سواء للعلاج أو المعالج، وقد بنيت هذه الاستراتيجية على اقتراح مفاده أن مرضى معينين ربما يندفعون للعمل بشكل أفضل أثناء العلاج فى مواقف علاجية معينة وسع

نوع محدد من المعالجين. إلا أن البعض يحذر من المبالغة فى التفاؤل حول هذه الاستراتيجية نظراً للمشاكل المنهجية، وللتعقيدات المرتبطة بها. ولكن مع الدمج بين العلاج السلوكى والعلاجات النفسية الأخرى يمكن أن تتحقق نتائج أفضل.

د ـ الوقاية من الارتداد (الانتكاسة):

يرى مارلوت وجوردون ورفاقهما أن علاج الإفراط أو إساءة استخدام المخدرات والكحول لا ينبغى أن يتوقف بمجرد انتهاء العلاج الرسمى أو بانتهاء البرنامج، فى هذه الحالة سوف يجد المريض نفسه وسط مواجهة لمواقف تشتمل على مخاطر عديدة من الممكن أن تدفعه للعودة للإفراط فى الشراب من جديد. وتبلغ عوامل المخاطرة هذه قمتها عندما يعود الشخص الممتنع حديثاً إلى عمله وجيرانه وأصدقاءه وأسرته، فقد يكون لكل هؤلاء ارتباط بعملية التعاطى قبل علاجه. ويتناول نموذج منع الانتكاسة relapse prevention model لمارلوت وجوردن هذا الوجه من العلاج. ويركز هذا النموذج على الإشارات والمحددات الموجودة فى بيئة الشخص الممتنع عن التعاطى والتى قد تؤدى بدورها إلى حدوث الانتكاسة مثل العوامل المثيرة للغضب والاكتئاب والقلق فى الأشخاص الذين تم شفاؤهم. كما يهدف النموذج إلى تنمية وتقوية استراتيجيات المواجهة coping التى يمكن للشخص الذى تم شفاؤه أن يستخدمها فى التعامل مع المواقف عالية المخاطرة، وتتضمن هذه الاستراتيجيات طرق مثل: إعادة البناء المعرفى كأن يقوم الفرد بإعادة تعريف ذاته أو وصف ذاته بأنه قوى بما فيه الكفاية لمواجهة مخاطر الانتكاسة، كما أن التدريب المستمر لمهارات المواجهة أمراً ضرورياً لتقوية قدرة الفرد على مواجهة مواقف المخاطرة بدون الإنتكاس، وقد استطاع العديد من الأطباء والمتخصصين تطوير برامج لمنع الانتكاسة منها تلك التى صممت للعلاج من تعاطى الكحوليات والمخدرات بعد فترة من انتهاء برنامج العلاج داخل المستشفى. ومن المفاهيم الأساسية التى تهتم بها برامج الوقاية من الانتكاسة مفهوم فعالية الذات، حيث يفترض مارلوت وجوردون وجود ميكانزم عام للارتداد لدى المدخنين ومدمنى الخمر والهيروين تتضمن فعالية الذات والذى من المفروض أن يسهم فى تحقيق التكيف مع المواقف المحفوفة بالمخاطر. فقد وجد المؤلف فى

دراسة له فروق بين المدخنين بأختلاف كثافة التدخين (خفيف ـ متوسـط ـ كثيف) في فعالية الذات لصالح ذوى التدخين الخفيف كما توجد فروق بأختلاف مدة الامتناع عن التدخين (أقل من شهر، أكثر من شهر) في الاستجابة للضغوط الخارجية والدرجة الكلية لفاعلية الذات والفروق في صالح الممتنعين لمدة طويلة (محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨)

كما قامت العديد من الدراسات بدمج تنمية فعالية الذات ضمن نموذج منع الارتداد في علاج اشتهاء النيكوتين وغيره من المخدرات أو تنمية مهارات رفض السيجارة، ورغم ذلك فقد أكدت الدراسات أن هناك معدل ارتداد شبه ثابت حتى مع أكثر الأساليب العلاجية كفاءة.

المراجــع

دوسيك وجردانو: المخدرات حقائق وأرقام ـ ترجمة عمر شاهين وخضر نصار ــ الطبعة الرابعة ــ مركز الكتب الأردنى ١٩٨٩

سليمان الحقيل: دليل المعلم إلى توعية الطلاب بأضرار الخمر والمخدرات (ط٢) دار الشبل للنشر والتوزيع والطباعة ــ الرياض ــ السعودية ــ ١٩٩٢

عادل الدمرداش: الإدمان: مظاهره وعلاجه ـ عالم المعرفة، العدد (٥٦) أغسطس ١٩٨٢ ـ الكويت

عبد المجيد منصور: الإدمان: أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج ــ مركز أبحاث مكافحة الجريمة ـ وزارة الداخلية السعودية ١٩٨٦

محمد السيد عبد الرحمن: فعالية الذات لدى المدخنين (فى) دراسات فى الصحة النفسية (الجزء الأول) دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ــ القاهرة ١٩٩٨

محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: العلاج السلوكى الحديث ــ دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ــ القاهرة ١٩٩٨

مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية ــ عالم المعرفة، العدد (٢٠٥) يناير ١٩٩٦ ــ الكويت

American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed), Washington,Dc:, 1980.

American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed), Washington,Dc:, 1987

American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed), Washington,Dc:, 1994.

Bigelow,G.,Cohen,M.,Liebson,I.,& Faillace, L., Abstinence or moderation? Choice by alcoholics. Behaviour Research and Therapy 10, 1972.

Bigelow,G.,Liebson,I.,& Griffiths, R.R., Alcohol drinking: Suppression by a behavioral time-out procedure. Behaviour Rescarh and Therapy, 12, 1974.

Cadoret, R.J., Troughton, E., O'Gorman, T.W.,& Heywood, E.,. An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. Archives of General pychiatry, 43,1986.

Cloninger,C.R.Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science, 236, 1987.

Goldman, M.S., Brown, S.A.,& Christiansen, B.A. Expect-ancy theroy: Thinking about drinking. In H.T. Blane& K.E. Leonard (Eds.), Psychological theories of drinking and alcoholism, New york: Guilford press, 1987.

Heath,A.C., Cates,R., Martin, N.G., Meyer,J., Hewitt, J.K., Neal, M.C., & Eaves, L.J., Genetic contribution to risk of smoking initiation: Comparisons across brith cohorts and across cultures. Journal of Substance Abuse, 5, 1993.

Helzer, J.E., Canino,G.J.,E-K., Bland, R.C.K., Hwu, H.G.,& Newman,S. Alcohoism-North America and Asia. Archiues of General Psychiatry, 47, 1990.

Hill,S.Y.& Steinhauer,S.R. Assessment of prepubetral and postpubetal boys and girls at risk for developing alcohol with p300 from a visual discimination task. journal of Studies on-Alcohol, 54,1993.

Kaij,J., Studies on the etiology and sequels of abuse of alcohol.Lund, Sweden: University of Lund, 1960.

Kendler, K.S., Heath, A.C., Neale, M.C., Kessler, R.C.,& Eaves, L.J.,Apopylation-based twin study of alcoholism in women. J. of maerican Medical assocation No. 268, 1992.

Nathan, P.E., & O'Brien, J.S., An experimental analysis of the behavior of alcoholic and nonalcoholics during prolonged experimental drinking. Behavior Therapy, 2,1971.

O'Malley, S.S.,Jaffe, A.,Chang, G., Witte, G., Schottenfeld, R.S.,& Rounsaville, B.J., Naltrexone in the treatment of alcohol dependence: Preliminary findings. In C.A. Naranjo& E.M. Sellars (Eds.), New york: Springer-Velag., 1992.

Sher,K.J.,& Trull, T.J. Personality and disinhibitory psychopa--thology: Alcoholism and antisocial personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 103,1994.

Siegel, S., Apavlovian Conditioning analysis of morphine tolerance.In N.A. Krasnegor (Ed.), Behavioral tolerance. Washington DC:National Institute on Drug Abuse, 1978.

Sobell, M.B.,& Sobell, L.C, Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. Rehaviour Research and Therapy, 14, 1976.

Stewart, J., dewit, H.,& Eikelboom, R., The role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiaates and stimulants. Pyschological Review, 91, 1984.

Sizter, M.L., Iguchi, M.Y.,& Felch, L.J., Contingent takehome incentive: Effects on durg use of methadone maintenance patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 1992.

Walsh, D.C., Hongson, R.W., Merrigan, D.M., Levenson, S.M., Cupples, L.A., Heeren, T., Coffman, G., Becker, C.A.Barker, T.A., Hamiloton, S.K., McGuire, T.G.,& Kelly,C.A, Arandomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. New England Journal of Medicine, 325, 1991.

Wilson, G.t. et al, Abnormal psychology, Integrating perspectives, Allyn and Bacon, Boston, 1996.



الفصل الثانى

العنف والاغتصاب

- إساءة معاملة القرين
- الاغتصاب
- إساءة معاملة الأطفال

يمثل العنف والقسوة والسلوك العدوانى نموذجاً للإضطرابات التى تندرج تحت ظروف أخرى ربما تكون محل اهتمام الأطباء فى DSM.IV، وتمثل صور صارخة لإساءة المعاملة Abuse مثل المعاملة بقسوة والإهانة أو الإهمال ويمكن أن تأخذ صور عديدة فقد تكون ذات طبيعة جسمية أو عاطفية أو جنسية، وفى هذا الفصل سوف نتحدث عن الاعتداء البدنى ضد رفيق الحياة، أو ضد الأطفال أو اغتصاب القرين أو الغرباء، وتشير إساءة المعاملة البدنية لشريك الحياة أو لطفل إلى العدوان البدنى من فرد ما نحو الأخرين، وتشمل هذه الأفعال تصرفات كالصفع، والضرب المحدث لإصابة، والركل، والعض، والارتطام بالأجسام الصلبة بفعل القرناء الراشدين. ويؤدى تكرار أفعال العدوان البدنى إلى تولد الخوف من المعتدى، أما العدوان البدنى على الأطفال فهو عدوان جسدى أو إهمال له أثار مؤذية أو مؤلمة، لكن الاغتصاب رغم اختلاف تعريفه من مجتمع لأخر إلا أنه يشير إلى نشاط جنسى غير مرغوب فيه أو بغير رضا أحد طرفى العلاقة الذى يتم إجباره أو إكراهه من قبل الطرف الأخر.

وربما يتساءل البعض عن سبب إدراج العنف فى أشكال مثل العدوان على رفيق الحياة والاغتصاب وإساءة معاملة الأطفال فى مراجع على النفس المرضى، مع توضيح نسبة الانتشار والأثار النفسية لهذا العنف، وقد يتساءل عن سبب عدم إدراج مثل هذه الصور من العنف فى مراجع علم النفس المرضى من قبل، وعادة لا تخصص فصول مستقلة للعنف والعدوان فى معظم كتب علم النفس المرضى، ولكن اهتمام رابطة الأطباء الأمريكيين، ورابطة علم النفس الأمريكية، ورابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين أسهمت فى وضعه فى الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية ضمن فئة تشخيصية جديدة تحت عنوان "المشكلات المرتبطة بإساءة المعاملة والإهمال" ويشتمل هذا القسم على الفئات التى ينبغى أن تُستخدم عندما يكون موضوع الاهتمام الاكلينكى سوء المعاملة الشديدة لفرد بواسطة فرد آخر سواء بالاستغلال الجسدى أو الجنسى أو إهمال الطفل، وهذه المشكلات قد ضُمنت هنا لأنها تكون بشكل متكرر موضع الاهتمام الاكلينكى بين الأفراد الذين يراهم المتخصصون الاكلينكيون والأطباء وتشمل:ـ

١- سوء الاستغلال الجسدى للطفل: تستخدم هذه الفئة عندما يكون موضوع لاهتمام الاكلينكى هو سوء الاستغلال البدنى لطفل أو العدوان البدنى عليه.

٢- سوء الاستغلال الجنسى لطفل: تستخدم هذه الفئة عندما يكون موضع الاهتمام الاكلينكى هو سوء الاستغلال الجنسى لطفل أو العدوان الجنسى عليه.

٣- إهمال الطفل: تستخدم هذه الفئة عندما يكون موضع الاهتمام الاكلينكى هو إهمال الطفل.

٤- سوء الاستغلال الجسدى لراشد: تستخدم هذه الفئة عندما يكون موضع الاهتمام الاكلينكى هو سوء الاستغلال الجسدى لشخص راشد (مثلاً: ضرب الزوجة أو الزوج، أو استغلال والده أو والد طاعن فى السن).

٥- سوء الاستغلال الجنسى لراشد: تستخدم هذه الفئة عندما يكون موضع الاهتمام الاكلينكى هو سوء الاستغلال الجنسى لشخص راشد (مثلاً: إكراه جنسى أو اغتصاب). (DSM.IV, 1994)

وعادة ما تكون هذه المشكلات فى بؤرة اهتمام الاخصائيين الاكلينكين للأفراد الذين يترددون على مراكز العلاج والعيادات النفسية، وباستخدام هذه الفئات التصنيفية يجب على المعالج أن يوضح ما إذا كانت الحالة هى المعتدى أو الضحية (المعتدى عليه)، فإذا كان الفرد الضحية هو المتلقى للعلاج فيجب توضيح ذلك ضمن التشخيص. فقد أصبح معروفاً أن العديد من الأفراد الذين ينخرطون فى هذه السلوكيات وكذلك الأشخاص المعتدين غير مؤهلين لوضعهم فى تصنيفات تشخيصية أخرى، وعلى سبيل المثال، تعانى النساء اللاتى تعرضن للإساءة الجسدية أو الاغتصاب من العديد من المشكلات النفسية التى لا تتطابق أعراضها مع المحكات التشخيصية لهذه الإضطرابات تماماً كاضطراب القلق أو الاكتئاب، ويستطيع العديد من الناس الذين تعرضوا للاغتصاب الاستمرار فى أداء وظائفهم، فقد يبقون قادرين على الاستمرار فى دراستهم الجامعية أو أداء أعمالهم، ولكن فى العديد من الحالات ينخفض معدل أداءهم الوظيفى عما كانوا عليه قبل الاغتصاب،

وبالتعرف على التشخيص الرسمى لأثار الأشكال المتعددة للاغتصاب، فإن النساء سوف يكن قادرات على تقبل التشخيصات وتلقى العلاج المناسب للمشكلات المرتبطة بالاغتصاب، أضف إلى ذلك فإن العديد من الرجال الذين ينخرطون فى إساءة معاملة جسدية ضد زوجاتهم ليس بالضرورة أن يكون لديهم اختلالات اكلينكية تقليدية مثل تعاطى الكحول أو الاكتئاب، والأن يمكن تشخيص مشكلتهم وتلقى العلاج المناسب لسلوك إساءة المعاملة.

أولا ـ إساءة المعاملة لشريك (شريكة) الحياة Partner Abuse

طبقاً لوصف الإصدار الرابع من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية (١٩٩٤) فإن إساءة المعاملة لشريكة أو شريك الحياة يشير إلى تصرفات تدل على العدوان الجسدى مثل الصفع والدفع والصد والركل تحدث لمرة واحدة على الأقل فى السنة، كما يشير أيضاً إلى عدوان بدنى ينتج عنه أذى يتطلب الأهتمام أو الرعاية الطبية. وقد يشير أخيراً إلى عدوان بدنى يتضمن تهديداً أو شعوراً بالرعب أو الخوف. كأن تكون الضحية خائفة على الدوام من المعتدى.

وربما يتسائل القارئ لماذا لا يُعرف أى عدوان بدنى ضد القرين أو شريك (أو شريكة) الحياة على أنه إساءة معاملة؟ بالتأكيد أى عدوان بدنى ضد شخص أخر يمكن أن يوضح على أنه إساءة للمعاملة، ولكن من الشائع أن يقترن العدوان البدنى على القرين بالغضب وخاصة الصفع بين الأزواج حديثى العهد بالزواج. أضف إلى ذلك أن المحك الاكلينكى ينص على ضرورة وجود أكثر من فعل واحد من الاعتداء ضد شريك الحياة أو فعل واحد يسبب إصابة، وللأغراض الاكلينيكية، ولغرض أن تكون الضحية قادرة على تلقى العلاج من مشكلات احدثتها إساءة معاملة القرين، فإنه يجب أن يحدث العدوان البدنى مرتين فى العام أو يتضمن تصرفات منعزلة من العدوان البدنى تؤدى بدورها إلى الخوف من القرين، أو إيذاءه.

وكما هو متوقع فإن معدل العدوان البدنى ضد شريك الحياة على مدار العمر سيكون أضعاف أضعاف ما يحدث فى عام واحد. فحوالى ثلث النساء المتزوجات أو المعايشات لرجال على طريقة الزواج فى أمريكا سوف يواجهن ببعض صور العنف والعدوانى البدنى خلال حياتهن، وحوالى ١٠٪ منهن يتحملن

العنف الشديد والمتكرر فى بعض أوقات حياتهن ويمثل العدوان من قبل الزوج أو الصديق boyfriend واحداً من أكثر أسباب الموت شيوعاً فى النساء الشابات، فحوالى ألفى إمرأة أمريكية تقتل سنوياً من قبل زوجها وتشير الدلائل إلى زيادة معدل انخراط كل من الرجال والنساء فى علاقات يشوبها الكثير من الإساءة الجسدية خلال القرن العشرين، وكمثل غيره من صور العنف، فإن العدوان البدنى فى العلاقات العاطفية ينخفض مع التقدم فى السن لطرفى العلاقة.

والسؤال الذى قد يطرح نفسه هل تساء معاملة الرجال بدنياً من قبل النساء؛ لعلنا نتذكر أن إساءة معاملة شريك الحياة تتضمن فعلين من العدوان البدنى ضد القرين، أو فعل منفصل من العدوان البدنى ضد القرين تؤدى بها إلى الشعور بالخوف والرهبة منه. فالمرأة التى ينخرط زوجها فى أفعال للعدوان البدنى متعددة ضدها فى عام أو وقت ما عادة سوف يتولد لديها إحساس بالخوف منه، فقد تخشى أن يستخدم قوته ويتحكم فيها أو يسيطر عليها بصورة أو بأخرى، وفى المقابل لذلك فإنه حتى الرجال الذين يقررون أن زوجاتهم ينخرطن من جانبهن فقط فى سلوك عدوانى بدنى عليهم (ويعرف هذا النوع من العدوان بالعدوان احادى الجانب) لم يقرروا مع ذلك أنهم يشعرون بالخوف من زوجاتهم، وهو ما يعنى أن المحك التشخيصى لإساءة المعاملة لا ينطبق عليهم وعلى الرغم من ذلك، حتى لو لم يبلغ أو يخبر الرجال أنهم خائفون من زوجاتهم رغم أنهم يتعرضون لعنف بدنى من قبلهن إلا أنهم يقررون وجود وقع أثر سلبى واضح لعدوان زوجاتهم عليهم. (Wilson, G.t. et al, 1996)

وقد ظهرت فى الأونة الأخيرة فى المجتمع المصرى أحداثاً مؤسفة فيما يتعلق بإساءة المعاملة بين الأزواج، ولا تفتأ تطالعنا الصحف والمجلات كل يوم بصور من العدوان إلى حد الجريمة المدُبرة كالقتل عن طريق الطعن أو إطلاق النار أو سكب البنزين وإشعال النار فى الضحية، وما زال المجتمع يذكر بأسى تصاحبه اللعنات تلك المرأة التى مزقت جسد زوجها بعد أن وضعت له المخدر فى كوب من العصير وعبأت جثته فى عدة أكياس وألقتها فى صناديق القمامة. وفى المجتمعات الغربية تقرر بعض الدراسات أن معدلات الاعتداء البدنى بين الرجال

والنساء تتساوى تقريباً على الرغم من أن النساء يُخبرن عن وجـود إصابـات أكثر لديهن عما يُخبره الرجال، وقد يرجع التكافؤ فـى معدل العدوان بينهمـا إلـى لجؤ النسوة إلى الدفاع عن أنفسهن ضد قسوة الرجال، وإن كـانت بـالطبع توجد أسباب أخرى عديدة لهذا العدوان مثل الغيرة والانتقام لما تلقاه الضحية من الإهانة العاطفية، أو للتعبير عن الغضب، وفى معظم الدراسات التى تناولت العدوان بين الأزواج جاءت الغيرة واحدة من أهم الأسباب المحتملة للعدوان وأكثرها تكراراً، فى حين يمثل الدفاع عن النفس أقل هذه الأسباب تواردا وخاصة فيما يتعلق بانخراط الإناث فى السلوك العدوانى. ولكن فى الحالات التى وصل فيها الأمر إلى قتل المرأة لزوجها غالبا ما تسبقها تحرير محاضر بالشرطة تمثل التماسات متكررة لطلب المساعدة ضد عنف الزوج ويصرح أغلبهن بأن القتل كان دفاعاً عن النفس ليس إلا.

ويختلف معدل العدوانى البدنى بين الأزواج لدى كل من البيض والزنوج، ففى مسح قومى أمريكى تبين أن معدل انخراط الرجال الزنوج فى العدوان البدنى ضد القرين يعادل ١٥ ضعف معدلهم بين الرجال البيض، وفى دراسة أخرى سابقة بعام لهذا المسح كانت النسبة ١١,٢:١٦,٩ للزنوج والبيض على التوالى، ولكن عندما يتم تحليل هذه النسبة فى ضوء المستوى الاقتصادى الاجتماعى فإن هذه الفروق تتضاءل، وهذه الفروق تزداد بين ذوى الدخول المنخفضة من البيض والسود حيث كان العدوان أكثر شيوعاً بين الزنوج. كما يرتفع معدل العدوان البدنى بين الأزواج كلما انخفض المستوى الاقتصادى الاجتماعى أى بين الأفراد ذوى المستويات التعليمية والاقتصادية المتدنية، ولكن الواقع الفعلى يقول إن إساءة معاملة الزوجة والكبار والطاعنين فى السن يحدث فى جميع المستويات الاقتصادية الاجتماعية، حتى أنه من المحتمل ظهور هذا العدوان بين مستويات راقية كالرؤساء التنفيذين لشركات كبرى ومديرى العموم وأطباء وأساتذة جامعيين ورتب راقية من ضباط الشرطة والجيش وغيرهم غير أن المخاطر المترتبة على إساءة معاملة القرين والأطفال والمسنين بين الأشخاص من ذوى المستويات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة، وذوى المكانة المهنية المتدنية تكون مرتفعة عما هى عليه

لدى فئات أخرى. ويرجع ارتفاع معدل إساءة المعاملة بكل أنواعها بين الفقراء من الناس إلى عوامل عديدة منها ارتفاع مستوى التوتر والضغوط التى يواجهونها، فكلما زادت معدلات الضغوط مع عجز الفرد عن مواجهتها كلما تولد لديه المزيد من الميل للعنف وإساءة المعاملة (طبقا لرأى نظرية الإحباط لدولارد وميلر)، وكلما كانت الظروف المعيشية للفرد أكثر استقراراً كلما كان أقل استخداماً للعنف وإساءة المعالمة للقرين والأطفال ويتفق ذلك مع النظرية البنائية فى علم الاجتماع التى ترى أن استقرار الأوضاع الاقتصادية يصاحبه استقرار فى الأوضاع السياسية والاجتماعية وحتى الانفعالية للأفراد.

معدل الانتشار: رغم أنه لا توجد إحصاءات دقيقة فى هذا السياق إلا أن أروقة المحاكم يمكن أن تعطى مؤشرات صادقة إلى حد ما عن ذلك، وقد كشفت دراسات أمريكية عن أن حوالى ١٢٪ من النساء الأمريكيات المتزوجات أو المرافقات فى عشرة زواجية لرجال يتعرض لاعتداء بدنى عليهن سنوياً، وأن ٤٪ منهن يتعرضن للضرب المبرح أو الطعن بسكين أو إطلاق الرصاص عليهن. أما معدل الانتشار فى المجتمع المصرى فغير معروف ولو على وجه التقريب.

الأسباب:ـ

قبل أن نناقش أسباب سوء المعاملة بين الزوجين سنلاحظ وجود بعض التداخل بين أسباب سوء معاملة القرين والأطفال والاغتصاب، وعلى سبيل المثال فالمبررات التى تقدم لتسويغ سلوك العدوان البدنى تعد عوامل عامة وشائعة فى الأنواع الأخرى من العنف، كما أن الانحدار من بيئة تتسم بالعنف أو العيش فى مجتمع فقير تمثل عوامل خطر للأنواع الثلاثة، ومن ناحية أخرى فإن هناك عوامل متباينة تنبأ أيضاً بما إذا كان الفرد سوف ينخرط فى عنف من نوع ما دون غيره.

وتوجد ثلاث وجهات نظر عامة تفسر إساءة معاملة القرين هى: الدعوى للمساواة بين الجنسين، والتفسيرات النفسية، والتفسيرات البيولوجية.

أولا تفسيرات دعادة المساواة بين الجنسين Feminist accounts: أغلب من لديهم نزعة إلى المساواة بين الرجل والمرأة يفسرون إساءة معاملة الزوج لزوجته بالرغبة فى استغلال قوته البدنية فى فرض سيطرته على المرأة ويجد

الدعم الصريح والضمني من قوانين ومؤسسات المجتمع في هذا السياق، ويقرر بوجاراد Bogrrad 1988: كداعاة للتحرر والمساواة بين الجنسين نعتقد أن القوانين الاجتماعية للزواج والأسرة تمثل بيئه خاصة ربما تشجع وتحافظ على أو حتى تدعم استخدام الرجل لقوته الجسمية ضد المرأة. ومن وجهة النظر هذه فإن سبب العدوان البدني في العلاقة الزواجية هو قوة الرجال المستمده من وضعهم المتميز في المجتمع، وتجاوزاً للتقديرات في هذا الشأن فهم يفسرون إساءة معاملة الزوجة إلى النظام الأبوى في المجتمع وهو ما يعرف بالمجتمع البطريركي Patriarchy وهو النظام الاجتماعي الذى يتخذ فيه الذكور وضعاً مسيطراً مقارنة بالإناث.

وطبقاً لرأى يللو yllo, 1993 فإن الصورة العامة التى تبدو مع المقابلة مع نساء تعرضن للضرب كانت الرغبة في السيطرة والهيمنة واحدة من الأسباب، وتصف هذه الصورة سيدة شابة عمرها ٣١ سنة وأدى هذا العنف إلى انهيار حياتها الأسرية فتقول "لم ادرك أنه يحب السيطرة وكنت مغفلة إلى أقصى حد، ولا أريد أن أعرف المزيد، واكتسب هذه الهيمنة خطوة بخطوة، حتى أنه فحص سروالى الداخلى ليعرف ما إذا كنت ارتديه أم لا عند عودتى من السوق، ويحدد زمناً لا يجب تجاوزه ويفحص عدد الأميال التى أسيرها بسيارتى، لقد عشت كسجينة، وذات يوم كنت معه في إحدى المحال التجارية ونظرت إلى ستره (سويتر)، واعتقد هو أننى أنظر إلى شاب ولم أكن أعرف أن هناك شاباً في هذا المكان لأننى كنت قد وصلت إلى نقطة أسير عندها كما لو كان لديك حصان أعمى، لا ترى أى شخص بعينيك، ولا تستطيع أن ترفع بصرك لأنك خائف، وبعد تحقيرها وأهانتها من قبل إحد أصدقاء زوجها أصابها غضب جامح وتذكر هذا الإحساس كما يلى: لقد أخبرته بأنه لا يُحتمل وغير محترم وألقيت بكوب من البيرة في وجهه، صفعنى زوجى، وصعدت إلى الطابق العلوى ودخلت غرفة النوم وارتديت ثياب النوم، وظل هو يردد إنزلى للدور السفلى وأنا أرفض وأطلب منه أن يتركنى وحدى، صعد هو إلى الطابق العلوى وطرق باب الحجرة، ودخل الغرفة، وبعدها وجدت قميص نومى ممزق على ظهرى وأخذ يضربنى بقسوة في كل حوائط الحجرة ودفعنى على السلم الداخلى إلى خارج المنزل في الصقيع، وهو

يركلنى بقدمه ويقول "إنه من المفروض أن تكونى حامل الأن"، وكـان صديقـه هـو الذى يُحرضه على هذه المعاملة" (Wilson, G.t. et al, 1996)

إن ميل الرجال لاستخدام الإجبار والإكراه أو القوة للسيطرة يظهر بوضـوح أكثر عندما يكون العدوان صارم وشديد، وطبقاً لدراسة قام بها كاسكردى وفيفـان& Cascardi & Vivan 1995 وجـد أن العنـف لـدى النسـاء السـحاقيات يظهـر كلمـا تكرر العنف أثناء الممارسة الجنسية من قبل شريك الحياة، ولا يمكن للنظام الأبوى أو البطريركى أن يشرح بسهولة مثل هذا النوع من العدوان.

ثانياً ـ التفسيرات النفسية: Psychological Explanation

التفسيرات النفسية لإساءة معاملة القرين ترتكز عموماً على مجموعتيـن مـن العوامل هما:ـ

أ- التفسـيرات الفرديـة للمـرض النفسـى للأشـخاص المشـتركين فـى علاقـة يشوبها الإيذاء الجسدى.

ب- التفسيرات العلاقاتية عن الكيفية التى تؤدى بهـا العلاقـات بيـن الأزواج إلى تصرفات تتسم بالعدوان البدنى.

وكلا المجموعتين من التفسيرات يمكن أن يشرحا معاً لمـاذا ينخـرط الأفـراد أو الأزواج فى سلوك يتصف بالعدوان البدنى إزاء الأخر، وعلى العموم فإن بعض الدراسات مالت للتركيز على أحد التفسيرات دون الأخر.

أ ـ التفسيرات الفردية لسلوك النساء: لقد تغيرت التفسيرات النفسية لإسـاءة معاملة القرين خلال العقود القليلة الأخيرة بشكل مثير، ففـى السـبعينات مـن القـرن العشرين تركـزت تفسـيرات إسـاءة معاملـة الزوجـة علـى المازوخيـة لـدى المـرأة، كالمعاناة النفسية لدى المرأة أو حتـى السـلوك المحطـم للـذات، وبـالتحديد فإنـه مـن المعتقد أن النساء اللائى يتعرضن للضرب لديهن شخصيات تقودهـم إلـى الارتبـاط بأزواج يسـيئون معـاملتهم، ولقـد فشـل مفهـوم المازوخيـة أو إضطـراب الشـخصية المازوخية فى تفسير إساءة معاملة القرين لسببين هما:ـ

- استخدم المفهوم بشكل غير مناسب للإشارة إلى لوم المرأة على ما تتلقاه من إساءة معاملة.

- عدم وجود دليل تجريبي يدعم فعلاً وجود المازوخية لدى المرأة

وخلال العقد الأخير من نفس القرن تحول الانتباه إلى إضطراب التوتر المصاحب للصدمات، فقد وجد بالفعل أن اضطراب التوتر المصاحب للصدمات حدث في الجنود المشاركين في حرب فيتنام أو الذين كانوا ضحايا لعمليات الاغتصاب، وامتدت الدراسات في مجال التوتر المصاحب للصدمات إلى الأشخاص الذين تعرضوا للإيذاء الجسدي من قبل القرين، فحوالي ٣٥-٤٠٪ من النساء اللائي تعرض للإيذاء الجسدي من القرين تم تشخيصهن على أنهن يعانين من إضطراب توتر ما بعد الصدمات مرتفعاً للغاية. وفي إحدى الدراسات كان نمط الأعراض الأكثر تكراراً لدى السيدات اللائي تعرضن للإيذاء الجسدي ويعانين من اضطراب التوتر المصاحب للصدمات على النحو الآتي: سهولة القابلية للاستثارة أو الهيجان والغضب (٩٤٪)، التوتر الانفعالي عند تذكر نوبة العدوان (٨١٪)، ضعف الاهتمام بالنشاط (٨١٪)، العزلة والانسلاخ من الآخرين (٧٥٪)، مشكلات تتعلق بالتركيز "عقلية" (٧٥٪)، أما النساء اللائي تعرض لإساءة المعاملة ولم تشخص حالتهم على انهن يعانين من إضطراب ما بعد الصدمات فكانت لديهم أعراض من قبيل: تجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بإساءة المعاملة (٣٠٪)، والتوتر الانفعالي عند تذكر إساءة المعاملة ويحدث ذلك بتكرار واضح.

وعلى الرغم من أن تشخيص ضغوط ما بعد الصدمات ربما يكون مرتبط تماماً بإساءة معاملة محددة أو معينة للنساء ولكنه لا يرتبط بالتأكيد لكل واحدة، كما يعد الاكتئاب أكثر معظم التشخيصات لدى للنساء ارتباطاً بإساءة المعاملة البدنية. فحوالي ٤٠٪ من النساء اللاتي تعرضن للعدوان البدني تم تشخيص حالتهم على أنهن يعانين من إضطراب الاكتئاب الأساسي، وتشخيصات أخرى للاكتئاب. أضف لذلك أن الأدلة توضح أن زيادة حدة إساءة المعاملة تزيد من درجة الاكتئاب. كما تقترح الأدلة أن الإساءة العاطفية في الطفولة تسهم في الحالة الراهنة من الاكتئاب

لدى النساء اللائى يشاركن فى علاقات زواجية غير مستقرة، أو اللاتى تعرض للايذاء الجسدى من قبل أزواجهم.

أما اليوم فقد تركزت التشخيصات على الأثار التى تحدثها إساءة المعاملة على المرأة مثل ما تحدثه من رهاب أو اكتئاب، حتى أن استخدام الكحول والمخدرات تعد عادة الطريق التى تلجأ اليه المرأة التى تساء معاملتها لتفقد أحاسيسها يوماً بعد يوم إزاء ما تقابله من خبرات سلبية، بالطبع أنه من المحتمل كذلك أن تجلب بعض النساء مشكلاتهن الخاصة (مثل إساءة استخدام العقاقير والاكتئاب) إلى حيز العلاقة مع القرين، وربما تؤدى هذه المشكلات إلى تدهور وانهيار فى علاقة الألفة وتنتهى أخيراً بسوء المعاملة الجسدية، ولن يجيب على هذا السؤال سوى الدراسات الطولية.

ب ـ التفسير الفردى لسلوك الرجال:ـ أوضحت العديد من الدراسات التى تمت خلال نهاية العقد التاسع وبداية العقد الأخير من القرن العشرين أن الرجال الذين يتعرضون للإيذاء الجسدى يتميزون بأنماط شخصية تعكس أنواع مختلفة من المرض النفسى، وبشكل عام فإن الرجال الذين يمارسون سلوك الايذاء البدنى يحصلون على درجات مرتفعة على المقاييس المختلفة لإضطرابات الشخصية مثل مقاييس العدوانية والأنماط السلبية للتفاعل، أضف لذلك ان هناك اتفاق متزايد على أن الأفراد الذين ينخرطون فى تصرفات غير هامة ومنفصلة من العدوان البدنى ضد رفيقة الحياة يختلفون تماماً عن هؤلاء الذين ينخرطون فى أعمال عدوانية عنيفة ومتكررة.

كما أوضحت تحليلات أخرى أن الرجال الذين يسيئون معاملة زوجاتهم لديهم مستوى مرتفع من الانفعالات السلبية ويبذلون جهوداً ضخمة للمحافظة على العلاقة الزواجية، وعلى العكس من ذلك فإن الرجال غير السعداء فى علاقاتهم الزواجية ولكنهم لا يسيئون معاملة زوجاتهم يظهرون مستوى متوسط من العواطف السلبية ويبذلون جهوداً أقل فى المحافظة على علاقاتهم الزواجية. وباختصار، يبدو أن الرجال الذين يسيئون المعاملة لزوجاتهم يلجأون إلى

استراتيجيات ضبط قهرية فى حين أن الرجال غير العدوانين وغير العنيفين الذين يكونوا غير سعداء فى زواجهم ينسحبون من هذه العلاقة (Murphy et al, 1994)

أما عن دور تعاطى الكحوليات فى حدوث العدوان فقد بقى محل شك منذ سنوات، وفى الحقيقة فإن الاعتقاد بأن إساءة استخدام الكحول يؤدى إلى سوء معاملة الطفل ويمثل عامل يؤدى إلى الخطر أو المحظور، ويعتقد العديد من المتخصصين أن الكحول ليس إلا عامل مساهم إن لم يكن سبباً لإساءة المعاملة لكل من النساء والأطفال، ولب المشكلة أن الكحول عامل مانع للكف يحرر الميول العدوانية، أو كما يقولون الكحول يذيب الأنا الأعلى، فهو يضعف القدرة على كف السلوك الخاطئ ويسمح للعنف بأن ينبثق، وقد دعم الكم المتنامى من النتائج تلك العلاقة بين تعاطى الكحول والعنف داخل الأسرة، وعلى سبيل المثال إذا نظرنا إلى عينات من العدوانيين سنجد أن لديهم معدلات مرتفعة من إساءة استخدام الكحول تصل إلى حد التسمم بالكحول أو يترتب عليه نتائج أسرية ومهنية سلبية، وتتراوح النسبة بين ٢٥-٥٠٪ منهم، فاستهلاك الكحول والعدوان البدنى على المرأة يرتبطان معاً وقد تأكد ذلك من خلال دراسة عينات كبيرة ممثلة للمجتمع.

وفى دراسة على عينة ممثلة تقارب ٢٥٠٠ رجل وامرأة متزوجين أو متعايشين قام بها كانتور وستراوس Kantor&Straus 1990 وجدت علاقة خطية بين تعاطى الكحول وعدوان الرجل على المرأة، وكلما زاد معدل التعاطى (٣ مرات أو أكثر يومياً) كان ذلك عامل خطر حاسم فى إساءة معاملة القرين، ومن ناحية أخرى عندما قاس الباحثين ما إذا كان قد تم تعاطى الكحول قبل أو أثناء وقوع العدوان البدنى على القرين فوجدا أن تعاطى الكحول كان يسبق أو يصاحب العدوان لدى أحد الزوجين أو كليهما فى ٢٤٪ من الحالات. وفى بعض الدراسات عبر الثقافية أوضحت النتائج أنه فى بعض الثقافات يصبح الرجال عدوانيين بعد تعاطى الكحول، وفى ثقافات أخرى يصبحون أكثر سلبية فتعاطى الكحول فى حد ذاته ليس ظرفاً ضرورياً وغير كافياً لكى يكون أحد طرفى العلاقة الزواجية عدوانياً على الطرف الأخر. فمعظم علماء الاجتماع يعتقدون أن الناس يتصرفون تبعاً لما هو متوقع منهم عندما يتعاطون، فإذا كانت البيئة الثقافية تعتقد أنه يجب أن

تصبح سلبياً عندما تشرب فسوف تصبح سلبياً، أما إذا كانت البيئة الثقافية تعتقد أن تعاطى الكحول سوف يحرر الميول العدوانية ودفعات العنف، فى هذه الحالة سوف يتصرف شاربى الخمر بشكل يتسم بالعنف.

جـ ـ التفسيرات العلاقاتية Relationship Explantions:

استنتج بعض الباحثين أنه فى العلاقات التى يشوبها عدوان بدنى من أحد طرفى العلاقة على الأخر يكون للتفاعل بين الزوجين دور رئيسى فى عملية التصعيد الذى يؤدى فى النهاية إلى العدوان البدنى، كما لاحظ الباحثون أن عدم الرضا الزواجى يعد أفضل العوامل المنبئة للعدوان الجسدى فى العلاقة الزواجية، حتى أن البعض يعتبره أكثر أهمية من العوامل الاجتماعية كالسن، والطبقة الاجتماعية والسلالة أو العوامل النفسية كالاكتئاب أو التوترات والعوامل الضاغطة، كما أن نصف حالات العدوان الملحوظة على الأقل بين الأزواج يبحثون عن العلاج، أو يتصفون فى العينات المجتمعية بالعدوان المتبادل (أى أن كل من الرجال والنساء يشاركون فى العدوان البدنى)، كما لاحظ الباحثون أن النمط السلبى من غير المحتمل أن يتوقف ما لم تكن هناك إمكانية لتحقيق حل لعدم الرضا على المدى الطويل. وقد أوضحت العديد من الدراسات أن أنماط التواصل لكل من الرجال والنساء فى العلاقات التى يشوبها إساءة المعاملة تختلف عن تلك التى توجد فى علاقات لا يشوبها سوء المعاملة هذه (Wilson, G.t et al, 1996)

ثالثاً التفسيرات البيولوجية:

تقترح الأدلة البيولوجية أن بعض العوامل البيولوجية ربما تسهم فى حدوث العدوان الجسدى ضد القرين، وسوف نراجع هنا خمس متغيرات بيولوجية غالباً ما تلعب دوراً فى تطور إساءة المعاملة للقرين مثل: تلف المخ، التستوستيرون، ردود الأفعال الفسيولوجية، عوامل تطورية، وعوامل وراثية.

أ ـ **تلف المخ Brain injury:** أعضاء الأسرة من الرجال الذين لديهم تلف بالمخ غالباً ما يعانون من الهياج والانفجار الانفعالى عند الغضب، وعدم الثبات، وقصور فى القدرة على ضبط الاندفاعات. وقد وجدت الدراسات أن الرجال الذين يؤذون زوجاتهم بدنياً غالباً ما يكون لديهم تلف أو أذى بالمخ بالمقارنه بهؤلاء

الذين لا يؤذون زوجاتهم بدنياً، فحوالى ٦١٪ من الرجال الذين يلتحقون ببرامج العلاج المخصصة لخفض عدوانهم على القرين يعانون من أذى أو تلف واضح فى الدماغ. ونظراً لأن هذه الدراسات تقترح أن تلف المخ يحتمل أن يسبب إساءة معاملة القرين فإن فريق البحث أجرى دراسة تتبعية قارنوا فيها بين الرجال غير السعداء فى علاقاتهم الزواجية ويسيئون معاملة القرين برجال غير سعداء فى علاقاتهم الزواجية أيضاً ولكنهم لا يسيئون معاملة زوجاتهم، ولم يعرف المتخصصون فى القياسات العصبية أى الرجال يسيئ معاملة زوجته وأيهما لا يسيئ معاملتها ووجدوا أن ٥٣٪ من الرجال الذين يضربون زوجاتهم، ٢٥٪ من الرجال غير الراضين عن علاقتهم الزواجية ولكنهم غير عدوانيين، ١٦٪ من الرجال السعداء بعلاقاتهم الزواجية وغير العدوانيين لديهم تلف أو أذى بالمخ، خلاصة القول أن كل من أذى أو تلف المخ وضرب القرين بينهما ارتباط واضح (Rosenbaum et al, 1994)

ب ــ هرمون التستوستيرون Testosterone: توضح تحليلات الدم أن مستوى التستوستيرون فى الرجال يعادل عشر أضعاف مستواه فى النساء. ويعد هذا الهرمون مسئولاً عن عدد من خصائص الذكورة مثل خشونة الصوت وزيادة كثافة شعر الجسم لدى الرجل مقارنة بالمرأة، وبإزالة مصدر هذا الهرمون فى الجسم ترتب على ذلك خفض السلوك العدوانى الصادر عن ذكور الحيوانات فى حين أن الحقن بالتستوستيرون يعيد السلوك العدوانى إلى مستواه السابق، ولذلك فإنه من الطبيعى جداً أن نتوقع أن التستوستيرون سوف يسبب أو يرتبط بالعدوان فى الرجال، وقد استخدمت مهبطات (مثبطات) الأندروجينات فى علاج الرجال المتهمين فى جرائم جنسية متكررة، وتدل الدراسات على أن هؤلاء الذكور يختفى منهم السلوك العدوانى الجنسى وكذلك الرغبة الجنسية، وقد أوضحت إحدى الدراسات أنه عندما أعيد حقن هؤلاء الرجال بهرمون التستوستيرون فإنهم يستعيدون السلوك العدوانى. وقد بدأت فى الأونة الأخيرة بعض الملاحظات حول علاقة إضطراب الدورة الشهرية بالسلوك العدوانى لدى الإناث، وقد حكمت إحدى المحاكم الانجليزية على سيدة متهمة بجريمة قتل بأن تعالج باستخدام هرمون

الاستروجين لمدة ثلاث سنوات بعد أن اقتنع القاضى بأن سبب الجريمة يعود إلى إضطراب الدورة الشهرية (التى يلعب الخلل الهرمونى دوراً فيها) غير أن المحاكم الأمريكية لم تأخذ بهذا العذر، ورغم ذلك فإن مراجعة عدد من الدراسات أوضحت أن العلاقة بين التستوستررون والعدوان علاقة ضعيفة.

جـ ـ **ردود الأفعال الفسيولوجية:** قام جاكوبسون ورفاقه Jacobson et al, 1994 وجوتمان ورفاقه Gottman et al, 1995 بدراسة ردود الأفعال الفسيولوجية للرجال الذين يسيئون معاملة زوجاتهم ووجدوا أن هؤلاء الرجال لا يختلفون فسيولوجياً عن الرجال غير المتوافقين زواجياً الذين لا يسيئون معاملة زوجاتهم، فحوالى ٢٠٪ من الرجال الذين يسيئون معاملة زوجاتهم ينخفض معدل ضربات القلب لديهم حينما يشتركوا فى مناقشات حامية الوطيس حول مشكلات زواجية مع القرين، كما أن هؤلاء الرجال يبدو أنه من المحتمل ألا يستجيبوا للعلاج وأنهم يماثلون أو يشبهون الأشخاص المعتلين نفسيا أو السيكوباتيين فى استجابتهم الفسيولوجية.

د ـ **العوامل التطورية Evolutionary factors:** يمثل التحليل التطورى للسلوك العدوانى مجالاً أخر للدراسات التى تبحث الأسباب البيولوجية المحتملة لإساءة معاملة القرين. ومن التحليلات الأكثر شهرة فى هذا السياق ما قام به دالى وويلسون Daly&Wilson 1988 اللذين قاما بتحليل إحصاءات القتل، والافتراض الأساسى لهذه النظرية أن كل من الرجال والنساء يحاولون زيادة جهدهم الجينى gene potential إلى أقصى درجة. فهم يحاولون زيادة احتمالية أن يكون لديهم ذرية أو نسل جيد إلى أقصى حد وتدعيماً لوجهة النظر هذه، فقد وجد الباحثون أن الرجال والنساء يقتلون أولاد الزوج أو الزوجة Step-children بمعدل أكبر من قتلهم لأولادهم، كما أسفرت المراجعة التى قام دالى وويلسون (١٩٨٨) عن وجود نتائج توضح أن الرجال يقتلون زوجاتهم الذين يكرهونهم أو ينفرون منهن أكثر مما تقتل النساء النافرات لأزواجهم. وقادت هذه النتائج إلى استنتاج أن الغيرة هى الدافع الرئيسى للقتل بين الأزواج، وتتسق النتائج التى تم الحصول عليها عن قتل الزوجات مع وجهة النظر التطورية بأن الرجال أكثر اهتماماً بحماية جيناته

(مورثاته) من الاختلاط بجينات أو مورثات الأخرين طبقاً للمقولة "إذا لم أستطع الحصول عليها فلا أحد يستطيع أيضاً". كما توجد تفسيرات أخرى لما بين النتائج التى تم الحصول عليها عن قتل الزوجات ووجهة النظر التطورية من اتساق أهمها: ان عدم الرضا الزواجي يرتبط بدلالة مرتفعة بإساءة معاملة القرين، كما أن إساءة استخدام الكحول والمخدرات يرتبط بدلالة واضحة مع الإساءة الشديدة لرفيق الحياة، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى المنخفض كذلك. وتزودنا التفسيرات التطورية بوجهات نظر بديلة لوجهات النظر الاجتماعية والنفسية فيما يتعلق بجرائم قتل الزوجات، ولكن هل سنبقى ننظر لوجهة النظر التطورية بأنها قادرة على القاء الضوء على العوامل التى ربما تساعد فى حل المشكلة، أو تستطيع الارتباط بعوامل مثل الغيرة أو عوامل نفسية أخرى تعد عوامل حاسمة فى هذا السياق.

هـ ـ العوامل الوراثية والجينية: منذ عقود مضت والباحثون يحاولون إيجاد تفسيراً وراثياً لسلوك العدوان والعنف، فى حين حاول البعض التقليل من أهمية الوراثة فى هذا الأمر، ومن أكثر الاختلالات الجينية التى ترتبط بالسلوك العدوانى وجود كرموسوم زائد من النوع (Y) فقد حكمت هيئة المحلفين فى محكمة ملبورن الجنائية فى استراليا على عامل يبلغ الواحدة والعشرين من عمره بأنه فاقد الأهلية العقلية قانوناً" وبرأته من تهمة القتل ذلك أن الدفاع بين أنه فى خلايا المتهم صبغاً إضافياً من النوع (ص) وهو أحد الصبغيات التى تحدد الجنس وهو الذى دفعه إلى جريمة الطعن العنيف، وفى الولايات المتحدة أتهم ريتشارد سبك بجريمة قتل ثمان ممرضات فى مدينة شيكاغو عام ١٩٦٦ وقد قيل كذلك أنه كان لديه صبغاً إضافياً من النوع ص، وفى سنة ١٩٦٢ لاحظ كورت براون ارتفاع نسبة الجنوح بين مرضاه الذين يكون لديهم اختلال فى صبغيات الجنس (ريتشارد سوين: ١٩٧٩).

وطبقاً لدراسة تمت على سلوك الحيوان قام بها هوتنجفورد وتيرنر& Huntingford & turner 1987 ووجدا أن بعض الاختلافات فى السلوك العدوان يمكن أن ينسب أو يُعزى إلى عوامل وراثية، ولكن هذين الباحثين لاحظا أن دور الوراثة فى السلوك العدوان لدى الإنسان ضئيل مقارنة بدور البيئة، كما أن دراسة

التوائم فى أمريكا وكندا حققت أدلة قوية عن دور التأثير الوراثى فى سمات الشخصية العدوانية طبقاً لتقريرات ذاتية قدمها المفحوصون. وعلى الرغم من أن هذه الدراسات لم تقدر سلوك العنف مباشرة إلا أن معظم نتائجها أكدت أن نمط الشخصية كما يتم تحديده من خلال التقريرات الذاتية تدعم وجهة النظر القاضية بتأثر سلوك العنف بالعوامل الوراثية. (Wilson, G.t. et al 1996)

العـــلاج:ـ

يتخذ علاج مشكلة إساءة المعاملة بين الزوجين عدة مناحى، فقد يُعالج الزوج أو الزوجة أو كلاهما معاً، وأيا كان العلاج فإن آمان المرأة وعدم الإساءة اليها هو جوهر القضية والهدف الأساسى للعلاج. فالكثير من النساء يجدون صعوبة فى الاعتراف بأنهن يتعرضن للعنف، وتؤدى مساعدة مثل هؤلاء النسوة إلى التعرف على علامات ومؤشرات إساءة المعاملة، وكيفية التخلص من ذلك أو الهروب إذا احتاج الأمر والبحث عن بدائل لهذه العلاقة، وقد وجدت العديد من الدراسات أنه حتى هؤلاء النسوة اللائى يبحثن عن المساعدة لايجاد ملاذ وملجأ يحميهم من إساءة المعاملة التى يتعرضن لها يعود نصفهن على الأقل إلى القرين أو الزوج مرة أخرى، فى بعض الحالات يكون سبب العودة ما يقابلهن من مشكلات مالية، ولكن فى أغلب الحالات تكون المشكلة فى عدم الخلاص من الارتباط العاطفى بالزوج الذى يسيئ المعاملة هذا.

ربما تتم عملية الإرشاد بشكل فردى أو جماعى، وفى بعض الحالات تلجأ المرأة إلى المساندة القانونية جنباً إلى جنب مع الإرشاد النفسى. وفى الحالات الخطيرة كحالات التهديد بالقتل قد يكون من الضرورى توفير مكان سرى لمثل هذه المرأة حتى تشعر بالحرية بعيداً عن الشخص الذى يعرضها للخطر. وعادة ما يكون الهدف من الإرشاد للمرأة التى يُساء معاملتها هو الحد من لومها لذاتها بسبب ما تتعرض له من إيذاء جسدى ومساعدتها على تقييم علاقتها مع زوجها كما هى، وكذلك البحث عن بدائل لهذه العلاقة، حيث يعمل المعالج على مساعدة المرأة المعتدى عليها لتدرك أن العدوان الجسدى ضدها ليس له ما يبرره، وحتى لو كانت قد انحدرت من أسرة تتسم بالعنف فإنها غير مطالبة بقبول أى عذر عن عنفه كزوج.

أما عن علاج الزوج الذى يسيئ معاملة قرينته عادة ما يتم فى مجموعات من الرجال يعانون نفس المشكلة أو يمارسون نفس السلوك. والهدف من هذه البرامج هو الحد من كل من العدوان الجسمى والنفسى فى إطار هذه العلاقة، فعلى الرجل أن يتحمل مسئوليته كاملة لعدوانه الجسدى على زوجته مهما كانت المثيرات الصادرة على المرأة، وهذا الهدف يوضح فى بداية أى برنامج، ولأن مثل هذه المسئولية من الصعب أن يتقبلها الكثير من الرجال فإنها تناقش بشكل متدرج خلال البرنامج، وتتناول البرامج كذلك فنيات التحكم فى الغضب مثل التعرف على بعض المثيرات الرمزية الصغيرة المولدة للغضب التى تحدث قبل حدوث الغضب العارم، أضف إلى ذلك فإن البرنامج يتناول الأحاسيس والمشاعر التى تنتاب الرجال اثناء التورط والانخراط فى العدوان والمشاعر اللاحقة التى تنتابهم بعد العدوان، والتركيز على دائرة المشاعر والاحاسيس هنا مصمم ليساعد الرجال على ادراك ومعرفة النمط والأسلوب ومساعدتهم على تعلم كيف يهزمون الغضب. كما يساعد المعالجون لمثل هؤلاء الرجال على فهم أفكارهم عن زوجاتهم التى تجعلهم فى حالة من الغضب بشكل خاص (مثل: إنها ليست مخلصة لى، إنها كسولة وتتعامل بخشونة) والعمل على خفض معدل توارد هذه الأفكار أو مقاومتها وخاصة فى حضور الزوجة أو القرينة كما يتعلم الرجال العدوانيون التعبير عن مشاعرهم بدون عنف وعدوانية.

وتمثل معالجة الزوجين من مشكلات العدوان البدنى ظاهرة حديثة إلى حد ما فى علم النفس وهى مصممة للزوجين الذين ما زالا يريدان البقاء معاً، وللعلاقات الزواجية التى تكون المرأة فيها كأحد طرفى العلاقة لا تخشى التعبير عن أراءها فى وجود زوجها. وأعتقد أن الإرشاد النفسى لا يصلح للعلاقة الزواجية التى تكون المرأة فيه قد تعرضت لإرهاب وترويع أو التى ضُربت لمرات عديدة وتحتاج إلى رعاية طبية. كما يصلح العلاج الزواجى لعدد كبير من الأزواج المتورطين فى مستوى منخفض من العدوان البدنى من المترددين على العيادات النفسية. وفى العلاج الزواجى يكون التركيز على الكيفية التى يسهم بها كل شريك فى العلاقة فى الحد من هذا العنف البدنى، وعودة على ما سبق، فعلى كل شريك

أن يتقبل مسئوليته كاملة عما يمارسه/ تمارسه من عدوان بدنى. أمر هام أخـر فـى العلاج الزواجى هو زيادة القدرة على التواصل والتفاهم بين الشريكين وتمكين كـل منهما من التعبير عن مشاعره/ مشاعرها، حيث يساعدهم المعـالج علـى الحـد مـن التنـابذ بالألقـاب (كـأن يناديها أو تناديـه: يـا مجنونـة، يـا كسـلانة، يـا شـريرة)، أو استرجاع أخطـاء المـاضى أو الإهانـة والسـب، كمـا يشجعهم المعـالج علـــى فهـم المشكلات الحقيقية التى تؤدى إلى مثل هذا النوع من العنف.

هناك دلائل واضحــة عـن مـدى فعاليـة العـلاج الفـردى لكـل مـن الرجـل أو المرأة أو الزوجين معاً، وقد أكد أعضاء جماعات المساعدة للنساء اللاتى تعرضـن للعنف الجسدى على وجود تحسن واضح فى تقديرهن لذاتهن وفى نظرتهن السـلبية نحو الزواج، وتحسن فى الدور المنوط بهذه العلاقة. وعلى العموم فإن الرجل الذى يكمل البرنامج المصمم لخفض العدوان البدنى من الرجل على زوجته فإن عدوانيته سوف تقل بوضوح، وبالمثل إذا أكمل الرجل برنامج للعلاج الزواجى فـإن عدوانـه الجسمى والنفسى على زوجته سوف يقل أيضاً، غير أن المشكلة الحقيقية هنا تتمثل فـى عدم انتظـام أو استكمال الرجـال للـبرامج العلاجيـة، فحوالـى نصـف الرجـال يحضرون العديد من الجلسات الأولية للعلاج ولا يستكملون باقى الجلسات، حتى لو انتدبته المحكمة لتلقى هذا العلاج، ونظراً لخطورة تعذر علاج العدوان البدنى علـى العلاقات العاطفية بين الزوجين فإنـه مـن المهـم تطويـر برامـج وقايـة تحـول دون الإقدام على هذا السلوك من قبل الأزواج الشبان.

وتمثل تعاليم الدين الإسلامى فى هذا السياق وقايـة وعـلاج معاً حيث حـدد الحقوق الشرعية لكليهما معاً، ومن الحقـوق الواجبـة للزوجـة علـى زوجهـا حقـوق مادية كالمهر والنفقة والمتعة، وحقوق غير مادية كحسن المعاشرة، فأول مـا يجـب على الزوج لزوجته إكرامها وحسن معاشرتها ومعاملتهـا بـالمعروف، يقـول تعـالى ﴿وعاشروهن بالمعروف فإن كرهتموهُنَّ فعَسىَ أن تكرَهُوا شيئاً ويجعل الله فيه خيراً كثيراً﴾ (النسـاء: ١٩)، ويشـير الرسـول صـلـى اللـه عليــه وسـلم أن إكـرام المـرأة دليـل الشخصية المتكاملة وإهانتهـا علامـة علـى الخسـة واللـؤوم فيقـول "مـا إكرمهـن إلا كريم، وما أهانهن إلا لئيم". ومن إكرامها أن يرفعها إلى مستواه وأن يتجنـب أذاهـا

حتى لو بالكلمة النابية فعن معاوية بن حيده رضى الله عنه قال: قلت يا رسول الله ما حق زوجة أحدنا عليه؟ قال: أن تطعمها إذا طعمت، وأن تكسوها إذا اكتسيت، ولا تضرب الوجه ولا تقبح ولا تهجر إلا فى البيت. ومع ذلك فالإسلام لا يمنع من تأديبها وإرشادها إلى الصواب إذا اعوجت فى أى أمر من الأمور (لمزيد من المعلومات راجع: السيد سابق: دون تاريخ)

ثانياً ـ الاغتصاب: Rape

فى الوقت الذى أكتب فيه هذا الجزء تعيش الولايات المتحدة الأمريكية فضيحة مونيكا، حيث اتهمت متدربة بالبيت الأبيض تدعى مونيكا لونيسكى الرئيس الأمريكى كلينتون باغتصابها في مكتبه وقدمت للمحقق المستقل كينث ستار أدلة دامغة، والذى حقق بدوره مع الرئيس والمدعيه وقدم أدلة اتهام فى أكثر من ٥٠٠٠ صفحة تدين الرئيس الأمريكي وتعرضه للإقالة من منصبه.

يعرف الاغتصاب بأنه أى نشاط جنسى غير مرغوب فيه يفرض بالقوة أو يجبر عليه فرد آخر. وتتباين ضحايا الأغتصاب بين أطفال فى سن ما قبل المدرسة حتى نساء فى الثمانينيات من العمر "وكما هو متوقع، فالجاني فى أغلب الحالات يكون من الذكور، وكثيراً ما لا يراعى المغتصب ذوقاً جمالياً أو تفضيلاً فى اختيار موضوعات اعتداءه الجنسى فقد يقرر اغتصاب أى امرأة يقابلها وكثيراً ما يلحق المغتصبون أضراراً جسمية بضحاياهم أو يقتلونهم بقسوة، وليس من الغريب بالنسبة للنسوة المقاومات لمهاجيميهم تلقى إصابات جسمية خطيرة ككسر الضلوع ورضوض العظام وكدمات البطن وهرس الثديين ومختلف الإصابات الراجعة إلى الإيلاج بالقوة، وإذا اجتمع عدداً من الجناة كما يحدث فى عصابات الأحداث فالأذى يكون بالغاً جسمياً وعقلياً ـ خصوصاً بالنظر إلى الحالة النفسية للأنثى مع زوجها فيما بعد، من أجل هذا يتشدد القانون فى عقاب الاغتصاب بالقوة ويخفف إذا كان برضى الطرفين كمجرد حماية للمجتمع (كما دسوقى: ١٩٧٤) وليس حادث فتاة المعادى وفتاة العتبة عنا ببعيد، حيث حكم على الجناة بالإعدام والأشغال الشاقة ردعاً لكل من تسول له نفسه اتيان نفس الجُرم. وفى أمريكا ذاع صيت قصة الطفلة ميجان كانكا Kanka, M. إبنة الثمانية سنوات التى كانت ضحية لواقعة

اغتصاب درامية، لقد عاشت ميجان مع عائلتها فى ضاحية معظم سكانها من الطبقة المتوسطة فى مدينة نيوجرسى، وبعد ظهر أحد أيام الجمعة من صيف عام ١٩٩٤ دعاها رجل يدعى جيسى يعيش فى نفس الشارع فى الجهة المقابلة لمنزلها لترى كلب صغير اشتراه حديثاً، وقام بإغراءها لتدخل المنزل ثم هاجمها، صرخت وحاولت المقاومة لكنها لم تكن نداً له، قام باغتصابها وخنقها ودفن جثتها فى غابات مجاورة لهم وكان قد تم اتهام هذا الرجل من قبل فى جريمة اغتصاب، بل أنه قضى ست سنوات بالسجن نظير جريمته الثانية، ولكن لا أحد فى المجتمع كان يعلم تاريخه الإجرامى فى الاغتصاب، وقد أثارت هذه القضية المجتمع الأمريكى وأدت إلى إصدار قانون ميجان بولاية نيوجرسى الذى يطالب سجن الولاية بإعلام وإخبار المسئولين عن المجتمع عند تسريح المغتصبين من السجن الذين على وشك أن يختلطوا بالمجتمع ولاقى هذا القانون معارضة كبيرة فى المحاكم، ويعود الفضل فى هذا القانون إلى النائب العام لولاية نيوجرسى. وتكشف المسوح القومية فى أمريكا عن نتائج مفزعة ففى دراسة معيارية على عينة واسعة قوامها ٣١٨٧ من طالبات ٣٢ معهد فى جميع أنحاء الولايات الأمريكية ظهر أن العدوان الجنسى والبدنى مقترنين ومنتشرين بشكل واضح، فحوالى ٢٨٪ قررن أنهن خضن تجربة الاغتصاب أو محاولة الاغتصاب وهن دون الرابعة عشر، ١٥٪ قررن أنهن اغتصبن بعد الرابعة عشر، ٥٤٪ ادعو أنهن كن ضحايا للجنس بأى شكل مثل القبلة أو الملاطفة ضد رغبتهن.

ومع أن الشخصيات المضادة للمجتمع تمثل أكبر أنواع جماعات ارتكاب الاغتصاب، فالاعتداء الجنسى هذا ربما ارتبط بمرض نفسى أخر كالهوس والفصام وغيرهما من الأمراض التى تضعف فيها الضوابط والتى تؤدى بذاتها كاضطراب عقلى للاعتداء الجنسى بما فيه الاغتصاب، ولا يقتصر الاغتصاب على الغرباء من النساء بل قد تكون الضحية من أقارب المغتصب كأخته أو ابنته، كما أن الرجال أيضاً عرضة لجرائم الاغتصاب على الرغم من أن موضوعات الاغتصاب بين الرجال غير المسجونين لم تكن ملحوظة إلى وقت قريب، وقد بينت التقارير الواردة من الرجال القائمين بالبحث فى مجال الخدمات الطبية للأشخاص الذين

تعرضوا لهجوم جنسي، فظهرت الأغلبية العظمى من السجون وقررت أن نسبة الاعتداءات الجنسية تتراوح ما بين ١-٣٪ من النزلاء. واذا استعرضنا الفروق بين السلالات يتضح أنه من بين أكثر من ١٧٠٠ بالغ شوهدوا يتلقون خدمات طبية فى مصحات مخصصة للذين وقعوا ضحايا لجرائم الاغتصاب كان حوالى ٦٪ فقط بينهم من الرجال، وقد درست كثيراً حوادث اغتصاب فى علاقات مواعده بين رجل وامرأة، وتم الإبلاغ عن حالات قرر فيها الرجال بأنه تم اغتصابهم من قبل القرين أو شريكة العلاقة.

وعبر التاريخ ظلت المرأة فى كل المجتمعات تقع تحت سيطرة الأزواج حتى فى العلاقات الجنسية وحتى فى المجتمعات المتقدمة التى تتمتع فيها المرأة بحقوقها وحريتها يتوقع أن تكون دوماً متاحة جنسياً لزوجها فى الوقت الذى يرغبه هو دون مراعاة لما لها من حقوق هى الأخرى. وعبر التاريخ كان من العفة والشرف ألا يغتصب الرجل زوجته أو يرغمها على فعل جنسى لا ترضاه، وظهرت أول قضية من هذا النوع فى ولاية اوريجون الأمريكية عام ١٩٧٨م. وفى دراسة عن الاغتصاب فى إطار العلاقة الزواجية تم اختيار عينة عشوائية من ٦٤٤ إمرأة فى سان فرانسيسكو وتُم إجراء مسح عليهم لمعرفة ما إذا كان هناك حوادث اغتصاب حديثة أم لا، وظهرانه من بين هؤلاء السيدات كانت ١٤٪ منهن قد تم اغتصابهن من قبل أزواجهن، فى حين أنه كانت النسبة أقل فى دراسات أخرى وتتراوح بين ٣-٩٪ فى مسوح الرأى العام، وتختلف النسب باختلاف أساليب الاستقصاء، وتعريف الاغتصاب ويتضح من خلال بعض التقريرات على لسان العديد من الزوجات أن هناك سلوكيات تحدث تعد من الناحية العملية والقانونية سلوكيات تندرج تحت تعريف الاغتصاب بالرغم من أن هؤلاء الزوجات لا يجرؤن على تسمية هذه السلوكيات اغتصاب.

معظم جرائم الاغتصاب التى يتجنى بها الرجال على النساء كانت ناتجة عن رجال لهم معرفة بهم، فمعظم جرائم الاغتصاب الشائعة ترتكب بواسطة شخص معروف جيداً للضحية ويعرف باسم الاغتصاب الناتج عن مواعدة **Date rape**، ومثله كأى شكل من أشكال الاغتصاب: الاغتصاب الناتج عن مواعدة بين رجل

وامرأة هو أيضاً نشاط جنسي غير مرغوب فيه يفرض على الطرف الأخر، ويمكن أن يستخدم الرجال القوة البدنية أو التهديد، ولكن أكثر الوسائل الشائعة لنيل استمتاع جنسي غير مرغوب من الفتاة في علاقة غرامية هو ببساطة تجاهل رفض وتوسلات الفتاة أو المرأة كما يوضحه تقرير الحالة الأتية "عندما كنت في الخامسة عشر من عمري كنت أسمع عن الاغتصاب وتعلمت ألا أثق في أحد وأن اكون حريصة من الغرباء ولكن لم يقل لي أحد أن أخشى الشخص الذي أواعده، لقد كان (توم) هو الأول في فريق البيسبول وكان من عائلة بيضاء لطيفة متوسطة الحال، ومارسنا الجنس ولم أدرك في ذلك الوقت أنه اغتصاب لأنه لم يضربني أو يصرخ فيَّ، ولكنه فقط تجاهل مشاعري، لقد مارس معي الجنس بالرغم من أنني كنت أصرخ وأبكي وأسئلة لماذا تفعل بي ذلك؟..

ولكن ما الأمر لو أن الاغتصاب لم يتضمن عنفاً؟ ماذا لو أغوى الرجل إمرأة للخضوع أثناء لهيب العاطفة (أو مستغلاً الخمر في ذلك) وفي الصباح التالي ندمت على ما حدث هل يعد ذلك إغراءاً أم اغتصاباً؟ يعرف الاغتصاب أنه جنس بدون رضاء، ولكن ما الذي يؤكد أن يحدث الرضا قبل أي تصرف جنسي مع الوضع في الاعتبار أن الرجل مسئول مسئولية كاملة عن ممارسة الجنس فهو المسئول عن كيفية الأداء ومكان الأداء، في حين أن البعض الأخر من دعاة المساواة بين الجنسين يقول أن وجهة النظر هذه تحقر من شأن المرأة وتصفها بالضعف وبكونها تُجرح وبأنها في حاجة دائماً للحماية ضد أي نشاط جنسي، وقد نشرت مجلة التايم **time** الأمريكية ١٩٩١ استطلاعاً للرأي يحتوي على عدد من المواقف المرتبطة بممارسة الجنس بين رجل وامرأة وما إذا كان ذلك يعد اغتصاباً أم لا.

مواقف جنسية يمكن أن تعتبر اغتصاب	النوع	اغتصاب	ليس اغتصاباً
١ـ رجل مارس الجنس مع إمرأة بعد الإفراط في الشراب	المرأة	٨٨٪	٩٪
	الرجل	٧٧٪	١٧٪
٢ـ رجل مارس الجنس مع زوجته بالرغم من معارضتها	المرأة	٦١٪	٣٠٪
	الرجل	٥٦٪	٣٨٪

٣ـ رجل يجادل مع إمرأة لا تريد الجنس بغرض حصوله على موافقتها	المرأة الرجل	٪٤٢ ٪٣٣	٪٥٣ ٪٥٩
٤ـ رجل يستخدم ضغط عاطفى وليست القوة ليرغم إمرأة على ممارسة الجنس	المرأة الرجل	٪٣٩ ٪٣٣ نعم	٪٥٥ ٪٥٩ لا
٥ـ هل تعتقد أن المرأة يجب أن تُناقش بشأن الجنس	المرأة الرجل	٪٥٤ ٪٦٩	٪٣٣ ٪٢٠

أما علماء الدين فلهم فى هذا الشأن رأى أكثر حكمة وتعقلاً استمدوه من شرع الله القويم، وهو أن كل اتصال جنسى قائم على أساس غير شرعى يعتبر زنا تترتب عليه العقوبة المقررة من حيث أنه جريمة من الجرائم التى حُددت عقوبتها، ويتحقق الزنا الموجب للحد بتغييب الحشفة (رأس الذكر) ـ أو قدرها من مقطوعها ـ فى فرج محرم (بخلاف فرج الزوجة فإنه حلال) مشتهى بالطبع من غير شبهه نكاح ولو لم يكن معه إنزال" وتقع عقوبة الزنا حتى مع موافقة كلا الطرفين على العلاقة الجنسية لأن هناك طرف ثالث يتضرر من هذه العلاقة وهو المجتمع ولا شك أن ضرر عقوبة الزنا لا توازن بالضرر الواقع على المجتمع من إفشاء الزنا ورواج المنكر وإشاعة الفحش والفجور، وأن فى تنفيذها حفظ للنفوس وصيانة الأعراض وحماية الأسر التى هى اللبنات الأولى فى بناء المجتمع وبصلاحها يصلح وبفسادها يفسد. وعندما حرم الإسلام الزنا حد من جرائم ومخاطر أخرى كالقتل لغسل العار، والأمراض الجنسية كالزهرى والسيلان والأيدز، وضياع الأنساب والأموال وغيرها، يقول تعالى ﴿**ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلا**﴾. (لمزيد من المعلومات راجع سيد سابق: ب ت) ويوضح لنا الجزء التالى أيضاً حكمة الشرع من تحريم الزنا أو الاغتصاب.

صدمة الاغتصاب:ــ عادة ما يتم ضرب النساء أثناء الاغتصاب سواء قاوموا أو وافقوا، حتى فى بعض القضايا مثل قضية ميجان يُقتلون، والنساء اللائى يتعرضن للاغتصاب يعانون من مشكلات صحية ويترددن على الأطباء ضعف عدد المرات التى يترددها غيرهن، كما وجد الباحثون أنه بعد حدوث الاغتصاب

.بأسبوع تعانى ٩٤٪ من السيدات المغتصبات من أعراض تناظر المحكات التشخيصية لاضطراب انضغاط ما بعد الصدمات، وبعد ثلاث شهور بقى ٤٢٪ منهن يعانين أعراض تقابل محكات انضغاط ما بعد الصدمات، ولنرى ما تعانيه فتاة شابة وقعت ضحية للاغتصاب من آلام نفسية وقع عليها الاعتداء المتكرر من صديق أخيها حيث تقول "عندما اعتدى عليَّ (مارك) فقد اعتدى أيضاً على عقلى واغتصبه، لم أعد أشعر بالثقة فى أى شخص حتى فى نفسى، إننى أشعر بالمرارة والكراهية لكل العالم، وصرت خائفة ولم أعد أشعر بالأمان فى اى مكان حتى لو كنت فى غابة أو صحراء بعيداً عن الناس، لقد كرهت حجرة نومى وكانت من قبل آمن مكان لأنها المكان الذى تم فيه الاعتداء، وفى كل مرة كنت أشعر تجاهه بالغضب لانتزاعه هذا منى عنوة وبسبب وقوع الاعتداء على سريرى، واضطررت للبقاء فى الفراش لسنتين أخريتين، ولم أخذ أى شىء معى عندما غادرت هذا المنزل، وطويت كل الذكريات السعيدة التى تربطنى بهذا المكان ولم أعد أشعر بأى شىء مقدس أو خاص وابتعدت كثيراً عن طفولتى وصباى ورفاق الدراسة الثانوية والجامعية وزملاء العمل...، بعد الاغتصاب بدا العالم منحرف وغريب، وبدا غالبية الناس جشعين، لقد وجهت بعض هذا الغضب إلى نفسى لسماحى بحدوث هذا الاغتصاب وأدى هذا الغضب الداخلى إلى قيام حرباً داخل عقلى، وأخذت هذه الحرب الكثير من ثقتى فى نفسى وشخصيتى واحترامى لذاتى" (wilson, G.t et al, 1996)

نسبة الانتشار:ـ تتباين نسب انتشار الاغتصاب من مجتمع لأخر وحتى فى المجتمع الواحد من مكان لأخر ورغم ذلك ففى كل المجتمعات تكون النسب المعلنة أقل بكثير من المعدل الفعلى وعادة ما يرجع ذلك إلى عدم تبليغ الشرطة حفاظاً على سمعة الفتاة فى بعض الأحيان أو اللجوء للحلول الودية مثل زواج الجانى والضحية حفاظاً على العرض والسمعة ايضاً. ويشير مسح المركز القومى لضحايا الجريمة فى أمريكا ١٩٩٢ أن إمرأة واحدة من كل ثمانية تعرضت للاغتصاب فى وقت ما من حياتها وغالبا ما يتم ذلك وهن صغار السن، فحوالى ٢٩٪ كانوا دون الحادية عشر، ٣٢٪ كن بين ١١-١٧ سنة، ٢٢٪ كن بين ١٨-٢٤ سنة. وفى مسح

أجراه المركز على ٤٠٠٠ إمرأة مغتصبة وجد أن ٨٠٪ من الحالات تعرف فيها المرأة المغتصب، وفى ٢٩٪ يكون المغتصب من معارف الضحية، وفى حالات أخرى كان المغتصب من الأقارب (١٦٪)، ٩٪ قرروا أنهن اغتصبن من قبل الزوج، وفى دراسة أجراها هذا المركز عام ١٩٨٧ وجد ان ٤٣٪ من الفتيات قررن أنهن اغتصبن قبل تخرجهن من الجامعة.

الأسباب: توجد خمس وجهات نظر لتفسير أسباب الاغتصاب هما: تفسيرات دعاة المساواة بين الجنسين، الاستثارة الجنسية المنحرفة، الإباحية الصارخة، سوء التواصل أو التحدى، وأخيراً الافتقار إلى الوازع الدينى.

١ـ تفسيرات دعاة المساواة بين الجنسين: يرى بعض المغاليين فى الدعوة لتحرير المرأة مثل سوزان براون ميلر ١٩٧٥ .Brawn miller,S أن الاغتصاب ما هو إلا وسيلة لإدخال الرعب فى نفس المرأة فتقول "اكتشف الرجل أن تحرشه الجنسى بالمرأة يمكن أن يستخدم كسلاح يولد الخوف فى نفسها ويعد ذلك أحد أهم اكتشافاته منذ فترة ما قبل التاريخ، واكتشف ذلك مع استعماله للنار والفأس الحجرية، ومنذ ذلك العصر وحتى اليوم لا يوجد شىء أكثر ولا أقل من تلك العملية التى يمكن من خلالها بقاء كل الرجال مصدر رعب وإرهاب لكل النساء". وأوضحت براون ميلر أنه على مر التاريخ عوقبت المرأة بنفس ما يلقاه مهاجميها من عقاب، ولقيت اهتمام وانشغال أكثر من قبل أبويها وزوجها يفوق اهتمام وانشغال المرأة ذاتها.

ويرى البعض أنه قد أتت التأكيدات لوجهة النظر هذه من الصراع الدائر فى البوسنة والهرسك أو فى إقليم كوسوفو الذى تقطنه أغلبية من المسلمين الألبان، جزء من هذا الصراع عرف باسم التطهير العرقى ethnic cleaning وكان الأحرى بهم أن يسمونه التدنيس العرقى، حيث قامت قوات الصرب البوسنين باغتصاب أكثر من ١٨ ألف إمرأة بوسنية مسلمة لا يراعون فى ذلك ما إذا كانت صغيرة أو كبيرة، والهدف من ذلك هو هدم وتدمير المجتمع البوسنى المسلم، فالمغتصبين لم يتعمدوا الحاق الضرر الجسمى والنفسى بالفتيات والنساء المغتصبات فقط ولكن أيضاً ليصيبوا رجالهم بالإحباط وخيبة الأمل وليقطعوا

الصلات العائلية اعتقاداً منهن أن النساء المغتصبات سوف يُطردن من أسرهم غير أن للإسلام هنا رأى عظيم في تنفيذ حد الزنا بالمرأة المُكرهة، فإذا إكرهت المرأة على الزنا فإنه لا حد عليها لان الله تعالى يقول ﴿فمن اضطر غير باغ ولا عاد فلا إثم عليه﴾ (البقرة:١٧٣) والرسول صلى الله عليه وسلم يقول "رفع عن أمتى الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه" وقد استكرهت إمرأة على عهد رسول الله على الزنا فدرأ عنها الحد" (سيد سابق ب. ت ص:٣٧٠)

ولكن ربما يكون الإسهام الأكبر لبراون وميلر ودعاة المساواة بين الجنسين فى هذا السياق هو تأكيدهم على ارتباط العنف بالاغتصاب لدرجة أنهم يرون أن الاغتصاب ما هو إلا عنف من نوع ما rape-as-violence، حيث يشير تاريخ المغتصبين أنهم ارتكبوا جرائم غير جنسية وسلوكيات عنف وعدوان تفوق بكثير ما ارتكبه غير المغتصبين. وإلى حد ما يوجد لدى المغتصبين علامات وأعراض إضطرابات التواصل. كما افترض مالموث وأخرون Malamuth et al,1991 وجود صفتين مميزتين للرجال المغتصبين هما:ـ

أ ـ الذكورة العدائية hostile Masculinity: ويتضمن ذلك وجود العدائية نحو المرأة والميل للعنف والحاجة للسيطرة على المرأة، والاستثارة بفعل العدوان الجنسى على جسد المرأة..

ب ـ الفجور الجنسى المبكر early sexual promiscuity: ويقصد بها الممارسة الجنسية غير الشرعية أو ممارسة الجنس مع أكثر من إمرأة منذ سن مبكرة، حيث يعتقد الباحثون أنه انعكاس لتكرار استخدام الذكور للجنس لإثبات فحولتهم الجنسية، وفى دراسة لأكثر من ثلاث ألاف طالب جامعي ذكر وجد بالفعل أن الذكورة العدائية والفجور الجنسى المبكر يرتبطان بمعدل مرتفع مع العدوان الجنسى.

٢ـ الاغتصاب كاستثارة جنسية منحرفة:ـ أن النظر للانحراف على أنه عنف يمكن ان يتعارض مع النظرية القائلة باعتبار الاغتصاب استثارة جنسية منحرفة أو شاذة، فطبقاً لوجهة النظر الأخيرة يمكن اعتبار الاغتصاب شذوذاً paraphilia حيث تحدث الاستثارة أو يلتهب الدافع كاستجابة لأشياء أو تصرفات

منحرفة (راجع الفصل الثالث...) فالمغتصب يستثار باستخدام القوة والإذلال بدلاً من استخدام الجاذبية والحب.

وقد أتت التدعيمات باعتبار الاغتصاب استثارة جنسية منحرفة أو شاذة من الدراسات التجريبية فى المعمل باستخدام قياسات معدل توارد الدم فى القضيب penile plethysmograph وتستخدم هذه الطريقة لقياس ملامح الاستثارة الجنسية لدى الذكر، وقد استخدمت للتعرف على الإشارات والملامح المحددة التى توقظ الاستثارة الجنسية عند المغتصبين. ففى إحدى الدراسات استمع المغتصبون وغير المغتصبون إلى شريطى كاسيت، أحد الشريطين يعطى تفاصيل وصفية للمتعة المتبادلة أثناء الجماع بين الشريكين مع الحماس الشديد من قبل الرفيق، أما الشريط الثانى فيصف قسوة الاغتصاب المعبر عن الألم الجسدى والإحباط النفسى أثناء المعاشرة الجنسية، واتضح أن كلاً من المغتصبين وغير المغتصبين قد استثاروا جنسياً من جراء وصف التقبل المتبادل للجنس فى الشريط الأول ولكن المغتصبين فقط هم الذين أبدوا درجة من تورم أو انتفاخ القضيب الناتج عن زيادة معدل توارد الدم اليه كاستجابة لملامح وإشارات الاغتصاب والعنف المقترن بها.

أوضحت العديد من الدراسات أن نمط الاستثارة الجنسية لدى المغتصبين تختلف عنها لدى غير المغتصبين، وعلى سبيل المثال، يبدى المغتصبين درجة أكبر من الاستثارة الجنسية عند سماعهم قصص الاغتصاب عما يحدث لدى غير المغتصبين – غير أن محاولة الحصول على نفس النتائج باءت بالفشل عادة لمعرفة الفروق بين المغتصبين ومجموعة ضابطة من غير المغتصبين فى الاستجابة لرموز العنف الجنسى، ومن بين الأسباب المؤدية لتباين النتائج بين هذه الدراسات ربما يرجع إلى أن العديد من المنحرفين جنسياً يمكنهم كبح جماع رغباتهم الجنسية الشاذة ناحية الأطفال أو ناحية مثيرات الاغتصاب. ولقد نوه إليس Ellis, 1991 إلى العديد من النتائج التى تدعم وجهة النظر القاضية بأن الاغتصاب عملية تدفعها استثارة جنسية طبيعية، فهو يرى أن الرجل الذى يقترف عملية الاغتصاب اثناء المواعدة date rape يكون مدفوع للإشباع الجنسى ويلجأ للقوة فقط كحل أخير. والرجال المتهمون باغتصاب المواعدة أكثر شبهاً بالرجال غير المغتصبين فى أن

لديهم تاريخاً من استخدام المحايلة والخديعة والكلام المعسول وكذلك محاولة الوصول بالمرأة إلى حد الثمالة أو السكر بالكحول أو الخمر لنيل المتعة الجنسية منها، أضف لذلك أن العديد من الرجال الذين يجبرون النساء على ممارسة الجنس لا يحملون عداوة أو ضغينة (عدائية) كبيرة نحو النساء عموماً أو رغبة في إذلالهن أكثر مما يفعل الذكور الذين ينخرطون فقط في علاقات جنسية بناء على موافقة متبادلة.

٣ـ صور العنف الإباحى (الإباحية المتسمة بالعنف فى وسائل الإعلام):

يرتكب المراهقون عدداً كبيراً من حالات الاغتصاب وصور أخرى من العنف الجنسى، وبمعرفة هذه الحقيقة يدعى جماعات محاربة تصوير العنف الإباحى أن هناك عاملاً واحداً يسهم فى حدوث الاغتصاب هو ذلك الارتباط الواضح والصريح بين العنف فى أفلام السينما وأغانى الروك والموسيقى. وقد درس مارشال ورفاقه Marshall et al 1991 هذه الإحتمالية فى المعمل، فى البداية عرض طلاب الجامعة من الذكور إلى مشاهدة مشاهد فيلمية قصيرة بها مشاهد جنسية متبادلة، أو اغتصاب، أو مواقف غير جنسية، ثم جعل المبحوثون يستمعون إلى أشرطة كاسيت عن العلاقات الجنسية المتبادلة، والاغتصاب بالإكراه بينما تقاس استجابتهم الانتصابية عن طريق قياس معدل توارد الدم إلى القضيب، الطلاب الذين شاهدوا أشرطة الفيديو أبدو تمييزاً أقل بين مثيرات الاغتصاب المسجل على أشرطة الفيديو والمثيرات الجنسية فى حالة المواقف المتبادلة. واستنتج الباحثون أن تكرار التعرض لمشاهد العنف الإباحى ربما تقلل استجابة الرجل الملائمة فى وقت تظهر فيه المرأة على أنها غير موافقة على مباشرة علاقة جنسية.

٤ـ سوء التواصل أو التحدى Miscommunication or provcation:

هل يمثل الاغتصاب أثناء المواعدة أحد صور سوء التواصل بين الرجل والمرأة؟، حيث يتوقع قيام الذكور بالمبادأة الجنسية كما يتوقع عدم خضوع المرأة لعرض الرجل. ويتواصل السيناريو حيث يفرض الذكور قوتهم بالرغم من معارضة المرأة إلى أن تتلاشى المقاومة وتتم المطاوعة والإذعان، أحداث معروفة عرضتها آلاف الكتب ومئات الأفلام السينمائية تدعمها عبارات براقة كقولهم "الممنوع مرغوب، الرفض نصف التدلل، يرفضن وهن الراغبات" هذه الخلفية الثقافية ربما تعطى

الرجل رسالة أنه بالرغم من قولها لا لكنها تعنى فى الحقيقة نعم. إن ترجمة هذه الرموز أو العلامات الجنسية ربما يكون صعباً للغاية لو كان كلا الرفيقين سكارى، فالبعض يرى أن الكحول يجعل الرجال عدوانين جنسياً، كما أن النساء اللاتى يتعاطينه يعتقدن بأنهن أكثر ملائمة وقابلية للمباشرة الجنسية. ورغم ذلك فإن كثير من الخبراء لا يؤمنون بهذا التفسير ويعتقدون أن اغتصاب المواعدة هو عنف جنسي وليس سوء تواصل.

٥ـ الإفتقاد إلى الوازع الدينى: يؤدى غرس العقيدة فى نفس الطفل من الصغر إلى ترسيخ الوازع الدينى لديه حتى إذا درج نحو المراهقة وشب عن الطوق ودخل أعتاب الشباب والرشد كان أقدر على التغلب على دوافعه الجنسية مهما كانت تتوهج فى أعماقه وهو ما نعرفه فى علم النفس بضبط الذات، فيتسم سلوكه بالعفة والطهر ويطبق قول الله عز وجل "وليستعفف الذين لا يجدون نكاحاً حتى يغنيهم الله من فضله"، ويحدد الإسلام لهذا الدافع مصدرين للإشباع هما الزواج وهو العلاج الكامل فإن لم يكن فالتسامى به عن طريق الصوم أو استنفاذ طاقة الجسد فى جهد روحى أو عقلى أو جسدى كالرياضة أو الانقطاع إلى العمل، وحتى فيما يتعلق بما يعرفه الغرب اليوم باغتصاب الزوجة أى ممارسة الجنس معها عنوة فدعا إلى تحين الزوج الوقت المناسب للوقاع، وأن يداعبها ويعانقها ويقبلها قبل أن يأتيها، ودعاها أن تراعى رغبة زوجها فإن رفضت دون عذر شرعى فبات غضبان عليها لعنتها الملائكة حتى تُصبح.

العـــلاج:

يُرسل المغتصبون والمعتدون جنسياً عادة إلى السجون، ويبدو أنهم لا يتلقون هناك أى نوعاً من العلاج، حيث تشير التقديرات إلى أن ما بين ٥٠٪-٧٥٪ من المسجونين فى قضايا الاغتصاب الجنسى لا يتلقون علاجاً على الاطلاق. فى بعض الولايات الأمريكية مثل نيوجرسى توجد مؤسسات إصلاحية مخصصة لعلاج المعتدون جنسياً من الراشدين، غير أن تحقيقاً عن هذا المركز أفاد بأن ثلث النزلاء يرفضون العلاج النفسى مثل حالة جيس الذى قتل الطفلة ميجان الذى رفض العلاج هو الأخر وعندما انتهت مدته خرج ولم تتبعه أية رقابة.

ما هو العلاج الذى يمكن تقديمه للمغتصبين وما مدى فعاليته؟ أوضح الباحثون فى مركز ولاية نيوجرسى للعلاج النفسى للمغتصبين أن النزلاء يتلقون علاجاً جماعياً لمدة أربعة ساعات أسبوعياً، والكثير منهم كانوا يتقابلون مع الاستشارى النفسى (رجل يحمل درجة الدكتوراه فى العلاج أو الإرشاد النفسى) لمدة ٩٠ دقيقة أسبوعياً، ولكن للأسف لا توجد قرائن توضح مدى فعالية هذا العلاج فلا أحد قام بتقويمه بعد، ولا أحد من الفنين قام بدراسة مدى فعالية الفينات المستخدمة فى الحد من السلوك الشاذ جنسياً على الرغم من استخدام طرق عديدة مثل أساليب ضبط الذات، وإعادة البنية المعرفية للمغتصب، وتدريبات الوقاية من الارتداد فى معظم المراكز والمؤسسات التى يكون المغتصبون ومرتكبى العنف الجنسى نزلاء بها. وحتى لو استخدمت أفضل فنيات العلاج فعالية فإن نتائجها على المدى البعيد تبقى ضعيفة وغير ذات قيمة. وكما سنشاهد فى الحديث عن علاج الانحرافات الجنسية (الفصل الثالث) وكما اكدت العديد من الدراسات تباين معدل ارتداد من ٣٪ إلى ٣١٪ بناء على طول مدة المتابعة. وكما هو معروف فإن معدل ارتداد المغتصبين عادة أعلى من معدل ارتداد الصور الأخرى للشذوذ الجنسى كالتحرش الجنسى بالأطفال مثلاً. كما نعرف أيضاً أن المغتصبين الأكثر عنفاً وخطراً هم أقل من يستفيدون من العلاج برغم أنهم هم المعتدون الذين يخشاهم المجتمع وأخيراً فإننا نعرف أنهم بمجرد خروجهم من السجن يعود المغتصبون العنيفون الذين لم يتلقوا أى علاج إلى معاودة نشاطهم الإجرامى من جديد.

فى عام ١٩٩٠ قامت ولاية واشنطون بشىء ما حيال هذه المشكلة حيث قامت السلطات التشريعية فى الولاية بتعديل القانون الخاص بالعنف الجنسى، فبعد أن يقضى المعتدون جنسياً مدة العقوبة فى السجن يخضعون لفترة رقابة إجبارية، وأثناء فترة الرقابة يخضعون للعلاج، وبعد التأكد من قدرتهم على السيطرة على نزعاتهم الجنسية المتسمة بالعنف يمكن إطلاق سراحهم. ورغم أن هذا القانون قد لاقى جدلاً كبيراً وطعن فيه الكثيرون إلا أن المحكمة العليا فى الولاية رفضت هذا الطعن.

أما عن ضحايا الاغتصاب، فإنهم يخضعون لأنواعاً متباينة من العلاج النفسى والتدعيمى الجماعى بناءً على حاجاتهم الفردية. ويمثل التعريض والتحكم فى القلق واحداً من أفضل المداخل لهذا المجال العلاجى. فخلال مرحلة التعريض تكتب الضحية عن الاغتصاب وتقرأ ما كتبته على المعالج، وأخيراً يسألها المعالج عن المزيد من التفاصيل حول جوانب الاغتصاب وما جرى أثناء الواقعة الفعلية. أما مرحلة التحكم فى القلق فتتضمن تعليم الضحية كيف تتعقب أفكارها ومعتقداتها حول الود والألفة وتقديرها لذاتها، وعندئذ يتم مساعدتها فى تغيير أو إعادة تركيب البنية المعرفية لها ومساعدتها على استبدال أفكارها الخاطئة (wilson G.t. et al 1996)

أما عن حد الزنا فى الإسلام فهو الجلد والرجم أما الجلد فهو حد البكر إذا زنى فإنه يجلد مائة جلده ويستوى فى ذلك الرجل والمرأة لقوله تعالى فى سورة النور ﴿الزانية والزانى فاجلدوا كل واحداً منهما مائة جلدة ولا تأخذكم بهما رأفة فى دين الله إن كنتم تؤمنون بالله واليوم الأخر وليشهد عذابهما طائفة من المؤمنين﴾. وقد يجمع بين الجلد والتغريب أى السجن لمدة عام. أما حد المحصن فهو الرجم حتى الموت رجلاً كان أو امرأة وشروط الحد هو العقل والبلوغ والاختيار والعلم بالتحريم فلا حد على صغير ولا على مجنون ولا على مكره ويثبت الحد بأحد أمرين هما إقرار الزانى أربعة مرات متتالية ويسقط الحد عنه إذا رجع عن إقراره، أو الثبوت بشهود أربعة ذوى عدل.

ولا شك أن الاحتكام إلى شرع الله أجدى وانفع فى الحد من هذه المشكلة، فقد تأكد لدى علماء النفس أن العلاج النفسى لهذه الفئة من بنى البشر محدود الفائدة والفاعلية وعلية يكون العقاب الجسدى (بالجلد) أو خلاص المجتمع منهم بالسجن أو الموت هو الملاذ الأخير.

ثالثا ــ إساءة معاملة الأطفال: Child Abuse

يوجد نوعين من إساءة معاملة الأطفال هما الإساءة الجسدية والإساءة الجنسية.

أ ــ الإساءة الجسدية للطفل: لا يوجد تعريف محدد لإساءة المعاملة الجسدية للطفل، ولكن يمكن تعريفه بأنه إيذاءاً متعمداً (ليس عرضياً) يحدثه سلوك الشخص القائم بالرعاية (الأب، الأم،....) ويمثل الإهمال neglect أكثر صور الإساءة

الجسدية للطفل ويشمل قصور وعدم ملائمة المراقبة والإشراف على الطفل، وضعف الاهتمام بحاجاته الجسمية والعاطفية، وهو فشل في توفير الرعاية والاهتمام بالصورة الكافية، وهذا النوع من المعاملة يخلق في نفس الطفل الأثر الخاطئ من الإحساس بأن العالم كله بارد، جاف، غير متعاطف. والطفل الذى يعانى الإهمال لا يعرف ابداً كيف يكون الحب والتعاون وهو يضع تفسيرات للحياة لا تتضمن هذه القوى الأخوية (الحب والتعاون) ولسوف يبالغ فى تقديره لصعوبات الحياة ويحقر من شأن قدرته على مواجهة هذه المصاعب، ويرى أنه لا يستطيع أن يحظى بالحب والتقدير إذا أدى أعمالاً نافعة للأخرين، إن مثل هؤلاء الأطفال ينظرون للحياة كما لو كانت عدواً لهم ويعبرون عن عقدة النقص لديهم والتى يعانون منها عن طريق الشك، العزلة، العناد والحقد وكما قال شكسبير فى مأساة ريتشارد الثالث "طالما أننى لا أستطيع أن اثبت أننى محب فأنا مصمم على أن أثبت أننى شرير" (محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨)، كما تمثل السيطرة أو الإساءة العاطفية للطفل child emotional abuse صورة أخرى من صور إساءة المعاملة ويشير هذا المصطلح عامة إلى القسوة وكثرة النقد وتكليف الطفل فوق ما يحتمل. والأباء المسيطرون يميلون إلى الاستبداد بالطفل فيقيمون المعايير التى لا تتناسب مع مستوى نضجه، ويعمدون إلى نقد الطفل وعقابه إذا هو عجز عن مواجهة المطالب أو المقتضيات، والأب المسيطر يأتى من أسرة مسيطرة أعنى أن مثل هذا الأب يكون قد تعرض فى طفولته للسيطرة من قبل والديه، ولذلك فهو يعامل أطفاله مثل ما كان قد عومل به (ريتشاردسوين: ١٩٧٩). وفى دراسة قام بها المؤلف عن أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها العصابيون والذهانيون والأسوياء وجد أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء وكل من العصابيين والذهانيين فى الإيذاء الجسدى والإشعار بالذنب من قبل الأب، وبين الأسوياء والذهانيين فى كل من الحرمان والقسوة والإذلال من قبل الأب والأم. وتوجد أساليب خاطئة أخرى كالتدليل والحماية الزائدة ولكنها ليست موضوعاً لدراستنا فى هذا الفصل.

ومن بين الأطفال الذين تساء معاملتهم يكون الإهمال نصيب ما يقرب من ٥٠٪ منهم، وحوالى ٢٥٪ يتعرضون للعقاب الجسدى، ويتعرض حوالى ١٥٪ للإساءة الجنسية، أما النسبة الباقية وتقدر بحوالى ١٠٪ يعاملون بسيطرة وإساءة عاطفية. وفى دراسة ضخمة تم خلالها استطلاع رأى ٢٠٠٠ أب عبر الولايات المتحدة لمعرفة أهم ممارستهم فى ضبط النظام، حيث قرر ١٠٪ من الأباء أنهم انخرطوا فى أعمال عنف ضد أطفالهم، وفى أمريكا مات ١١٠٠ طفل عام ١٩٩٢ بسبب سوء المعاملة أو الإهمال وفى نفس العام أعلن المكتب الفيدرالى للاستطلاعات أن ٦٢٢ طفل دون الخامسة من العمر تم قتلهم بواسطة والديهم.

ب ـ الإساءة الجنسية للطفل child sexual abuse: ويقصد بالإساءة الجنسية للطفل إجبار الطفل بالقوة على ممارسة نشاط جنسى، أو أن يفرض مراهق او راشد نفسه على الطفل ويعتدى عليه جنسياً، وعادة ما يكون الطفل هو الضحية، وأحياناً تقوم بعض النساء باستثارة الأعضاء التناسلية للطفل للحصول على المتعة الجنسية معهم، وعادة ما يكون هؤلاء الأطفال دون سن البلوغ، إلا أن المشكلات النفسية لمثل هؤلاء الأطفال عادة ما تكون أقل مما هى لدى غيرهم، وتصل نسبة الأطفال الذين يعانون إضطراباً نفسياً ممن استغلوا جنسياً فى طفولتهم ما بين ٥٠-٧٥٪ غير أن الإنكار والقمع هى أكثر الحيل الدفاعية ارتباطاً بالمشكلات النفسية لدى هذه الفئة. وفى مقابلة للراشدين الذين تعرضوا فى طفولتهم للاغتصاب الجنسى أوضحت أنهم ما زالوا يبحثون عن معنى لما حدث لهم منذ سنوات ثم يعودون إلى التفكير هل سيساعدهم ذلك على الشفاء من بقاءهم بدون معنى. بعض الدراسات وجدت ان البحث عن معنى يرتبط بالقليل من الأعراض فى الرشد، ودراسات أخرى وجدت أن الأفراد الذين يستمرون فى البحث عن معنى لما حدث لديهم مستوى منخفض من تقدير الذات، ومستوى مرتفع من التوتر النفسى. ومن الفنيات العلاجية المستخدمة مع الحالات التى تعرضت للإساءة الجنسية كتابة خطابات ـ لا يتم إرسالها ـ يعبرون فيها عن غضبهم نحو من أساءوا معاملتهم جنسياً غير أنه لا توجد دراسات قامت بتقييم هذه الفنية العلاجية.

من الذى يقوم بإساءة المعاملة الجسمية والجنسية؟ لو رجعنا إلى كل أنواع إساءة المعاملة الجسدية والجنسية سنجد أن الأباء البيولوجيين هم عادة أكثر من يسيىء معاملة الطفل جسدياً، فى حين أن القائمين الأخرين بالرعاية كالأباء بالتبنى وزوج الأم أو زوجة الأب، والأقارب يكونون أكثر ميلاً من الأباء للإساءة الجنسية للطفل. كما أن النساء أكثر إساءة جسدياً للطفل من الرجال، فحوالى ٦٠٪ من الأطفال الذين أُسيئت معاملتهم قرروا أن ذلك كان من قبل النساء، ويمكن تفسير ذلك فى ضوء الواقع أن النساء هن أكثر القائمين على رعاية الطفل وتحملاً لمسئولياته، وكما هو الحال فى إساءة معاملة القرين، فإن الأذى يكون أشد عندما يرتكب سوء المعاملة من قبل رجل، أضف لذلك أن الذكور أكثر ميلاً لإساءة المعاملة الجنسية للطفل عن النساء.

الأثار المترتبة على إساءة معاملة الطفل:ـ من الملاحظ أن الأطفال الذين يتعرضون للإيذاء الجسدى لديهم احتمالية أكبر للانخراط فى أعمال العنف أو سلوكيات إساءة المعاملة عندما يصلون إلى سن الرشد. فهناك أدلة قاطعة على أن الأطفال الذين يتعرضون لأنواع متعددة من العنف أكثر ميلاً لأن يتسموا بالعنف وهو ما يعرف باسم انتقال العنف بين الأجيال. كما أن الافراد الذين تعرضوا لإساءة المعاملة الجسدية أو الجنسية لديهم معدل مرتفع من المحاولة أو تنفيذ الانتحار عن غيرهم. كما أن خطر الانتحار يزداد بتكرار إساءة المعاملة ــ أضف لذلك أن الأطفال الذين تعرضوا لإساءة معاملة جنسية أو جسدية حادة يكون معدل احتمالية انخراطهم فى سلوك إساءة استعمال الكحول والمخدرات ثلاث أضعاف غيرهم ممن لم تساء معاملتهم، وفى دراسة عن إساءة استخدام المخدرات فى ماينى Maine كان ٤٢٪ من المراهقين، وحوالى ٨٠٪ من المراهقات يقررون انهم تعرضوا أما لإيذاء جنسى أو جسدى أو كلاهما معاً. ويلاحظ العديد من الأطباء أن الأطفال الذين أُسيئت معاملتهم والمراهقين المستخدمين للكحول والمخدرات يحاولون تخفيف مشاعر الحزن لديهم، ويعتبرها المتخصصون أنها نمط من تطبيب الذات Self-medicating لمواجهة مشاعر عدم الكفاية والإحساس بأنهم مختلفين عن غيرهم.

كما يعانى الأطفال الذيـن يتعرضـون تكـراراً لإسـاءة معاملـة حـادة بصـورة شـائعة من أعراض القلق التى تأخذ صورة اضطراب انضغاط مـا بعد الصدمـات. وتشمل هذه الأعراض اقتحام الذكريات لعقـل الطفـل عنـوة حتـى لـو كـانت محدثـة للتوتر وغير مرغوبة، كما يحدث كذلك تبلد أو مـوت المشـاعر والأحاسـيس نظـراً لأن السماح لهذه الأحاسيس بالتوارد إلى الوعى ربما يؤدى إلى قلق الطفل أو اكتئابه، كما يشيع الانسحاب وقد يؤدى الاغتصاب الجنسي للطفل إلـى تغير فـى كيميـاء الـدم بعد سنوات من الاغتصـاب وعلى سبيل المثـال ففـى دراسـة للفتيـات اللاتـى تعرضـن لسوء المعاملة الجنسية كان لديهم معدل اكبر من العادى (مرتفع) لنسـبة الكورتيزول ويفرز هذا الهرمون من لحاء الغدة الكظرية ويزيد معدله فى مرضى الاكتئاب.

كما يعانى الأطفال الذين يتعرضون لإساءة المعاملة مـن مشـكلات أكاديميـة مقارنة بأولئك الذين لم تساء معاملتهم، ويمكن أن تتضح مثل هذه الفروق مبكراً فى مرحلة ما قبل المدراسة سواء فى الأداء الأكاديمى أو فى الوظائف العقليـة، وعلـى سبيل المثال فقد حقق الأطفال الذين لم يتعرضـوا لإسـاءة المعاملـة عشـرون درجـة أكبر من الأطفال الذين أسـيئت معـاملتهم (wolfe, 1987)، وعندمـا يكـبر الأطفـال الذين أسيئت معاملتهم فهم غالباً ما يضطرون إلى تأجيل دراستهم، وهم أكـثر ميـلاً إلى الخروج على النظام المدرسى. وعلى الرغم من أن إساءة المعاملة تضع الطفل فى مواجهة مخاطر عظيمة للإصابة باضطرابـات متباينـة، إلا أن بعـض الأطفـال يواجهون هذه الصدمة بطريقة أفضل من غيرهم.

الأسبـــاب:ــ

تتماثل إلى حد بعيد العوامل المؤدية إلى إسـاءة معاملـة الطفـل مـع العوامـل المؤدية إلى إساءة معاملة القرين، وكما هو متوقع فإن الرجـل الـذى يسـيئ معاملـة أطفاله عادة ما يميل إلى إساءة معاملة زوجته هى الأخرى. ومن ناحية أخرى فـإن العديد من الراشدين الذين ينخرطون فى إساءة معاملة أولادهـم قـد لا يفعلـون نفـس الأمر مع زوجاتهم، وفيما يلى عرض لأهم العوامل المؤدية للإساءة للطفل:ــ

١ــ **الفقـر**: تحـدث إسـاءة معاملـة الأطفـال بيـن النـاس مـن كـل الطبقـات الاقتصادية والاجتماعية، ولكنها تتضح جلياً بين الفقـراء مـن النـاس. فالأبـاء الذيـن يعيشون تحت تأثير الفقـر يعيشـون توتـراً أشـبه بذلـك التوتـر الـذى يحدثـه انقطـاع

حرارة التليفون عن شخص فى أشد الحاجة إليه، وهم أكثر قابلية لإيذاء أطفالهم من الأباء الذين لديهم كفاية مادية، وفى أمريكا وجد أن الأطفال الذين ينحدرون من أسر يقل دخلها السنوى عن خمسة عشر ألف دولار يتعرضون لإساءة المعاملة سبعة أضعاف الأطفال الذين ينحدرون من مستويات أقتصادية مرتفعة (wolfe 1987).

كما وجد ولف ١٩٨٧ أن الإهمال يرتبط بقوة مع الفقر، وبفحص تقريرات العلاقة بين الايذاء الجسدى والإهمال، وجد أن ٤٨٪ من الأباء المتهمين بالإهمال يتلقون معونة حكومية. وتشير منظمات الدفاع عن الأطفال ١٩٩١ أن معدل فقر الأطفال الأمريكيين يعادل ضعف معدله فى بعض الدول الأخرى مثل انجلترا وكنداء وفرنسا وهولندا والسويد والمانيا، وفى دراسة حديثة أجريت فى لوكسمبرج (١٩٩٥) وجدت أن أطفال الولايات المتحدة أسوأ من الناحية الاقتصادية عن اطفال ثمانية عشرة دولة صناعية فيما عدا إسرائيل وأيرلندا هذا على مستوى دول العالم المتقدم فما بالك بدول العالم الثالث التى يقع بعضها دون خط الفقر كالسودان والصومال وبنجلادش وغيرها التى يعمل الأطفال فيها منذ سن مبكرة ولا يجدون ما يسد رمقهم من الطعام أو ما يغطى أجسادهم النحيلة من الكساء، وقد يضطر أباءهم للدفع بهم إلى تعلم حرفة منذ نعومة أظافرهم ويجدون ممن يعلمهم اسوأ أنواع المعاملة.

وكما هو متوقع فإن الأطفال الذين تعولهم سيده بدون زوج (أرملة أو مطلقة) أكثر عرضة للعيش فى الفقر. وبالفعل فقد وجد أن أكثر من نصف الأسر وحيدة العائل وخاصة من تنفق عليهم الأم فقط يعيشون فى مستوى الفقر، كما توجد فروق واضحة بين أطفال أواسط المدن وضواحيها وأطفال القرى، فحوالى ٣٠٪ من أطفال وسط المدن الأمريكية، ٢٢٪ من أطفال الضواحى، ١٣٪ من أطفال القرى يعيشون فى مستوى الفقر وتختلف بالقطع هذه النسب من مجتمع لأخر.

٢ـ **عمر الحاضنة age of Cargiver**: الأمهات الصغيرات أكثر عرضة لخطر إساءة معاملة أطفالهن، وفى دراسة تمت فى أونتاريو بكندا على مدار عشر سنوات وجد أن ٩٥٪ من الأمهات اللاتى أعطين تقريرات لمؤسسات رعاية الأطفال عن إساءة او إهمال أطفالهن كانت أعمارهم دون العشرين، وتوضح هذه

النتيجة أن الأمهات صغيرات السن، اللاتى طُلقن أو انفصلن عن أزواجهن والذين يفتقدون إلى المساندة الأسرية والاجتماعية هن عرضة للقيام بإساءة معاملة أطفالهن، وأغلب الوالدين الذين وجهت لهم تهمة الإهمال كانوا أمهات يعيشون بمفردهم مع الطفل دون وجود عائل أخر.

٣ـ الإضطراب النفسى للحاضنة (الحاضن) Caregiver psychopathology:

عندما بدأ المتخصصون يكتبون عن إسباب سوء معاملة الأطفال اعتقدوا أن الأباء الذين يسئون معاملة أطفالهم يعانون من مشكلات انفعالية ونفسية تؤدى بهم إلى إيذاء أطفالهم. ولكن فى الواقع لا توجد صورة واضحة عن خصائص الأشخاص الذين يمكن اعتبارهم أباء يسيئ المعاملة تماماً كما لا يوجد نمط محدد للرجل الذى يسيئ إلى زوجته. ومن ناحية أخرى بدأت الدراسات بتوضيح أن الأباء الذين يسيئون إلى أطفالهم أو زوجاتهم ربما يكون لهم نمط شخصية متماثلة، ووجدت أن الأفراد الذين يسيئون المعاملة عادة ما يكونوا مندفعين ويعانون من مشكلات تتعلق بالقدرة على ضبط الغضب والتحكم فيه، كما أن الأمهات اللائى يفتقدن إلى الرضا فى علاقتهن الزواجية، ومريضات الاكتئاب أكثر عرضة لإيذاء أطفالهن، وقد وجد براون ودافيدسون Brown&Davidsom 1978 أن أطفال الأمهات غير الراضيات بعلاقتهن الزواجية أو المصابات بالاكتئاب الذين يتعرضون لإساءة المعاملة يعادلون أربعة أمثال الأطفال الذين تساء معاملتهم من قبل أمهات لا توجد لديهم عوامل الخطر هذه.

كما تمثل إساءة استخدام الكحول والعقاقير عامل خطر له دلالته فى إساءة معاملة الأطفال فقد أوضحت الدراسات تكراراً ومراراً أن الأباء الذين يسيئون استخدام الكحول والعقاقير أكثر ميلاً لإساءة معاملة أطفالهم عن الأباء الذين لا يتعاطون هذه المواد. وهكذا تمثل إساءة استخدام العقاقير أفضل العوامل المنبئة لإساءة معاملة الطفل، وان ما يقرب من ٧٥٪ من النساء الذين يسيئون معاملة أطفالهن لديهن مشكلات تتعلق بسوء استخدام الكحول.

٤ـ تاريخ الحاضنة (الحاضن) من إساءة المعاملة له فى الصغر: قد يصدق المثل القائل "نحن نربى أولادنا على ما تربينا عليه" فالأباء الذين أسيئت معاملتهم عندما كانوا صغاراً أكثر ميلاً لإساءة معاملة أطفالهم وتعرف هذه الظاهرة كما

ذكرنا من قبل بانتقال العنف عبر الاجيال، والفكرة الأساسية هنا أنه إذا أساء الأب معاملة أبنه فإن هذا الإبن بدوره سوف يسيئ معاملة أولاده، ولكن ليس بالضرورة أن يحدث ذلك فى كل الحالات وليس بالضرورة أن كل طفل يشب وهو يرى أن والده يسيئ معاملة والدته أن يسيئ هو الأخر معاملة زوجته. فقد تتداخل عوامل أخرى توقف العجلة الدائرة أو تكسر الحلقة المفرغة كالتعليم أو تغير المستوى الاقتصادى الاجتماعى أو اختلاف طباع الأبناء او الزوجة عن طباع الأب أو الأم إلى الأفضل أو غيرها من العوامل، والكثير من الناس لا يحب أن يذيق أولاده ما تجرعه هو من مرارة الحرمان أو الفقر أو سوء المعاملة فى الصغر.

٥ـ **التوقعات غير المنطقية لسلوك الطفل:** يميل الوالدين الذين يسيئون معاملة أطفالهم إلى المغالاة فى تقدير قدرات أطفالهم فيما يتعلق برعايتهم واهتمامهم بأنفسهم، وأن يتحلوا بالصبر والتصرف بشكل لائق، وعادة ما تقود هذه التوقعات غير المنطقية من قبل الوالدين نحو أبناءهم إلى الغضب منهم الذى يتحول بدوره لإساءة المعاملة البدنية إذا لم تتحقق هذه التوقعات. وعلى سبيل المثال عندما يبلل الطفل فراشه أو يبكى ويحدث ثورة غضب أو يلعب بأعواد الثقاب، من المتوقع أن الوالدين اللذين يسيئا معاملة أطفالهم أكثر استخداماً للسباب والألفاظ الجارحة والعقاب البدنى عندما يخطأ أطفالهم من الأباء الذين لا يسيئون المعاملة، وهذه الفئة الأخيرة غالباً ما يستخدمون النصح والإرشاد والتوجية والتعزيز على السلوك الصحيح بدلاً من العقاب على السلوك الخاطئ. أضف إلى ذلك أن الرعاية غير الكافية وإهمال واجبات الأبوة غالباً ما تؤدى إلى انخراط الطفل فى سلوك خاطئ ومن ثم حدوث أذى للطفل.

٦ـ **عوامل تتعلق بالطفل:ـ** عادة ما يسيئ الوالدين معاملة الأطفال وهم دون الرابعة من العمر، ويمثل المراهقون الفئة العمرية الثانية التى تتعرض لإساءة المعاملة والإهمال. فالأطفال الذين ليس لديهم عادات غير منضبطة للنوم أو الأكل عادة ما يصيبون والديهم بالإحباط ويكونوا أكثر عرضة لخطر إساءة المعاملة. كما أن الطفل الذى يعانى من إضطرابات التواصل، ويتحدى سلطة الوالدين والمتقلب المزاج يتعرض أكثر لسؤ المعاملة، كما يجلب الأطفال الذين لديهم نشاط زائد

وعدم القدرة على التركيز مشكلات عديدة لوالديهم مما يدفعهم إلى عقابهم، ويمثل الاندفاع واحداً من أهم الصفات الشائعة فى الأطفال المعرضين لإساءة المعاملة.

العـــلاج:ـ

توجد فى أمريكا جمعيات تطلق على نفسها جمعيات الأباء المجهولين parents anonymous قامت على غرار جمعيات الكحوليين المجهولين، وتقدم هذه الجمعيات برامج تطوعية للأباء الذين يسيئون معاملة أبناءهم بالفعل أو الذين من المحتمل أن يفعلوا ذلك مستقبلاً، وقد سميت بهذا الأسم لانها لا تشترط أن يعطى الأباء أسماءهم كاملة أو أسم العائلة وقد يعطون أسماء وهمية أو حركية، وكمثل جمعيات الكحوليين المجهولين لا توجد دراسات بعد تقيم فعالية برامج جمعيات الأباء المجهولين.

أحد الطرق المتبعه للتعامل مع مشكلة الإيذاء الجسدى للطفل أو إهماله هو معالجة الناس الذين يعانون من مشكلات الوالدية قبل أن يسيئوا معاملة أطفالهم بالفعل. ومن مميزات هذا المدخل أنه تطوعى ولا يتضمن الإبلاغ عن الأباء لوكالات حماية الطفولة إلا إذا أصبح الأباء أكثر عنفاً أثناء البرنامج العلاجى. وربما نعتقد أن تعليم الوالدين طرقاً جديدة للتعامل مع أطفالهم مهمة سهلة، لكن مراجعة أدبيات علم النفس فى هذا السياق أوضحت عكس ذلك، فالأباء الذين يعانون من مشكلات حادة فى التعامل مع أطفالهم يتغيرون بتقليل أو تغيير طرق استخدامهم للعقاب وبزيادة استخدامهم للأبوة الايجابية، ولكن هذه التغيرات لا تبقى بمرور الزمن.

هناك وجهة نظر أخرى تضع هذه المشكلة الخاصة بالأباء وبرامج علاجهم فى إطار عوامل أخرى إذا تم التحكم فيها يصبح البرنامج العلاجى فعالاً، وقد وجد دوماس Dumas 1986 أن انخفاض الدخل من العوامل التى تؤثر على الاستجابة للبرنامج العلاجى من مشكلات الوالديه، وبالمثل وجد وبسترستراتون webster-stratton 1985 أن الاقتران بين الدخل المنخفض والأحداث السلبية للحياة خلال العام المنصرم تنبأ بنسة ٧٣٪ من حجم الأباء الذين لا يحققون الهدف من العلاج فى حين تنبأ الأحداث السالبة وحدها بخمسين فى المائة (٥٠٪) من حجم المشكلة. كما ترتبط مشكلات الوالدين بالخلافات الزواجية والاكتئاب لدى أحدهما أو كليهما، ولكى يكون العلاج فعالاً يجب أن يضع فى الاعتبار جميع المشكلات البيئية

والضغوط المحيطة بالوالدين التي تواجههم، وربما تكون مشكلات الوالدية أو قصور الأداء أحد المشكلات التي تواجه بعض الأباء أو الأمهات، ولكن بالنسبة للعديد منهم قد تمثل هذه المشكلات معضلات تتطلب التدخل العلاجي.

ولعلاج الأسر التي لديها طفل تساء معاملته جسدياً، يكون التركيز الأولى على الوالدين، فإذا لم تكن إساءة المعاملة حادة إلى الدرجة التي يجب معها استبعاد الطفل من المنزل يمكن أن يتم العلاج لمساعدة الأباء على تعلم طرق تعامل واستراتيجيات تنظيم ومنعهم من ممارسة أى عنف أخر، ونظراً لأن الأطفال الذين يتعرضون لإساءة المعاملة يكونوا دائماً عرضة لخطر الافتقاد إلى المهارات الاجتماعية ومشكلات القلق والغضب والعدوان، لذلك فهم في حاجة إلى رعاية المتخصصين، ولسوء الحظ لا توجد سوى عدد محدود من الدراسات لقياس فعالية هذه البرامج على الأطفال الذين أسيئت معاملتهم.

ولا شك أن الالتزام بتعاليم الإسلام في هذا السياق ستسهم بدور فعال في علاج هذه المشكلة، فقد حث الإسلام على الرحمة بالأولاد والرأفة بهم والعطف عليهم، ورأى أن القلب الذى يتجرد من خُلق الرحمة ويتصف صاحبه بالفظاظة العاتيه والغلظة اللئيمة القاسية سيدفع أولاده إلى الانحراف ويجعلهم يتخبطون في أوحال الشذوذ ومستنقعات الجهل والشقاء فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويعرف حق كبيرنا". وكان إذا رأى أحداً من أصحابه لا يرحم أولاده يزجره بحزم ويوجهه إلى ما فيه صلاح البيت والأسرة. وقد روى البخارى أن أبا هريرة رضى الله عنه قال "قبل رسول الله صلى الله عليه وسلم الحسن بن على رضى الله عنهما وعنده الأقرع بن حابس التميمى فقال الأقرع إن لى عشرة من الولد ما قبلت منهم أحداً فنظر الرسول صلى الله عليه وسلم اليه ثم قال من لا يرحم لا يُرحم" وقد فاضت عينى الرسول صلى الله عليه وسلم بالدموع عندما رأى طفلاً يحتضر وأوشكت روحه أن تفيض إلى خالقها حزناً وعطفاً على الصغار وعندما سأله سعد بن معاذ عن سبب بكاءه فقال "هذه رحمة جعلها الله في قلوب من شاء من عبادة وإنما يرحم الله من عباده الرحماء" وحرم

الإسلام ضرب الطفل إلا على ترك الصلاه وذلك بعد سن العاشرة (عبد الله ناصح علوان: ١٩٩٠، محمد فيض الله وأخرون ١٩٨٨).

وفى سياق آداب التربية الجنسية كان للإسلام باعاً طويلاً فحث على تعليم الأطفال آداب الاستئذان فى الأوقات التى يكون فيها الرجل والمرأة فى حالة لا يجب أن يطلع عليها أحداً من الصغار، وفصل القرآن هذا الأدب الأسرى فى سورة النور، كما حث إلى تعليمهم أداب النظر إلى عورة الصغير وتجنيب الأولاد الاثارة الجنسية وتجنب الصحبة الفاسدة، والحث على التبكير بالزواج صوناً للأعراض (لمزيد من المعلومات راجع عبد الله ناصح علوان.. الجزء الثانى ١٩٨٥)

المراجـــع

- **السيد سابق:** فقه السنه - الجزء الثانى - مكتبه الدعوة الإسلامية - القاهرة.

ريتشارد سوين: علم الأمراض النفسية والعقلية ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة - دار النهضة العربية - القاهرة ١٩٧٩.

- **عبد الله ناصح علوان:** تربية الأولاد فى الإسلام - الجزء الأول - دار البيان العربى ط١٧ - ١٩٩٠.

- **عبد الله ناصح علوان:** تربية الأولاد فى الإسلام - الجزء الثانى - دار البيان العربى ١٩٨٥.

كمال محمد دسوقى: الطب العقلى والنفسى (الكتاب الأول) علم الأمراض النفسية التصنيفات والأعراض المرضية - دار النهضة العربية - بيروت - لبنان ١٩٧٤.

- **محمد السيد عبد الرحمن:** نظريات الشخصية دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة ١٩٩٨.

محمد فوزى فيض الله وأخرون: منهج التربية النبوية للطفل - مكتبة المنار الإسلامية - الكويت - الطبعة الثانية ١٩٨٨م.

American psychiatric Assocation: Diagnostic and statistical manual of mental Disonder (4th ed), washington, Dc. press 1994.

-Bograd, M.; Feminist perspectives on wife abuse: An introduction. In K. Yllo&M. Bograd (Eds.), Ferninist perspectives on wife abuse, Newbury park, CA: Sage., 1988.

- Brown,G. W.,&Davidson, S.;Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children, Lancet, 1, 1978.

الفصل الثالث

إضطرابات هوية الجنس والنوع

لا يخرج النشــاط الجنسى عن كونـه جزء من النشـاط العام لبنـى البشـر، وكغيره من الأنشطة يشتمل على جميع المظاهر الحيوية والنفسية والإجتماعية، ولا يرتبط بالإطار العقلى والعضوى فقط بل بالنواحى الثقافية والاجتماعية والدينيـة لـه أيضاً، والإنسان فى إطار تشكيل هويته منذ الطفولـة والتـى تبدأ عـادة بعد ولادتـه بقليل من الشهور تنمو لديه ثلاث أنماط من الهوية هى الهوية الأيديولوجية والهوية الاجتماعيـة والهويـة الجنسية، ورغم مـا بينهـا مـن ارتبـاط وتكامل إلا أن الهويـة الجنسية تبدأ مبكرة عندمـا يتحسس الطفـل جسمه ويلاحـظ أن لـه أعضـاء جنسية خارجية بارزة أو ضامرة ويأخذ فى مقارنة ذاته بالأخرين وخاصـة الكبـار فيـدرك أن ذلـك أمـراً مميزاً لكـل مـن الرجـل والمـرأة، كمـا تفعـل الممارسـات الثقافيـة والاتجاهات الوالدية فى التنشئة بل وحتى شكل الملبس والإسم الذى يُنـادى بـه كـل ذلك يكون له دور فى تشكيل هويته الجنسية فضلاً عما يحمل الجسم مـن تـأثيرات هرمونية أوجينية، وهكذا ينمى الذكور هويتهم نـحو التشـبه بالرجـال ويُنمـى الإنـاث هويتهم نحو التشبه بالنساء وهو ما يعرف بتشكيل هويـة النـوع Gender Idintity والتى يتولد منها الدور الجنسى Gender role للفرد، وهو ما يأتيه الفرد من سـلوك أخذاً فى الاعتبار انطباعه عن ذاته كذكر أو أنثى، غير أن اختلال هذه العوامـل أو بعضها (كالخلل الهرمونى أو الجينى أو الممارسات الخاطئة فى التنشئة) قـد تـؤدى إلى تراكم خبرات توجد نوعاً من التعـارض بيـن الهويـة الجنسـية والـدور الجنسـى للفرد، وهنا قد يرتدى زياً مماثلاً لما يرتديه الجنس المخالف أو يقلدهـم فـى المشـى والكلام وحتى تسريحة الشعر أو ينخرط فى سلوك الجنسية المثلية كما فـى حـالات اللواط والسحاق أو فى سلوكيات العُهر أو الفحش التى سيرد عرضها وخاصة بعـد حدوث المراهقة.

تبقى الأجهزة التناسلية فى الذكر والأنثى هاجعة طول فـترة الطفولـة، ولكـى تبدأ الحياة الجنسية والتناسلية لابد لهذا السبات أن ينتهى ولهذه الهجعـة ان تسـتفيق، ولا يتم ذلك عادة إلا فيما بين الحادية عشر والرابعـة عشـر مـن العمـر فـى أغلـب الحالات حيث ترسل الغدة النخامية القابعة فى قـاع المخ بـالهرمون المنشـط للغـدد التناسلية إلى الخصيتين فى الرجل والمبيضين فى الأنثـى (غدتـا التناسـل) فيوقظهـا

من سباتهما لتؤديا الوظيفية المنوطة بهما، ويشعل ثورة الدافع الجنسيويعمل على نمو الأجهزة التناسلية.

ويتكون الجهاز التناسلى فى الذكر باختصار من الخصيتين اللتين تتدليان فى كيس الصفن بين الفخذين ويعدان مصنع النطف المنوية ويتكونان من مجموعة من الأنابيب الدقيقة الملتفة التى توصل هذه النطف عبر سائل المنى إلى القضيب الذى ينتصب بفعل اندفاع الدم إلى نسيجه الداخلى، وعند إيلاجه فى الفرج تُقذف هذه النطف بالقرب من عنق الرحم، كما تفرز الخصيتين عند نضجهما هرمون التوستسترون أو هرمون الذكورة الذى تتكون بفعله الخصائص الثانوية للبلوغ فى الذكر مثل خشونة الصوت وظهور شعر الشارب واللحية والإبط والعانه واتساع محيط الصدر والعديد من الخصائص النفسية كالجرأة والإقدام وغيرها. فى حين يتكون الجهاز التناسلى للمرأة من المبيضان حيث يقع كل مبيض على جانب من الحوض ويقابلان الخصيتان عند الرجل، والرحم الذى يقع وسط الحوض، وقناتا الرحم التى تنتهى ببوق هدبى يحيط بالمبيض ويلتقط البويضة بعد تمام نضجها، والمهبل وهو ممر ضيق نسبياً يصل ما بين فتحة الفرج من أسفل وعنق الرحم من أعلى ثم تكون الأعضاء الظاهرة فى الخارج وتبقى هذه الأجهزة بكل تعيقداتها ساكنه إلى أن يحدث البلوغ فتبدأ فى أداء وظيفتها أى تصبح الخصيتين قادرتين على إنتاج النطف المنوية، ويصبح المبيضان قادرين على إنتاج البويضات ويفرزا هرمونا الأستروجين والبروجسترون حيث يشكل الأستروجين جسم الأنثى فيبرز النهدين وتترسب الدهون تحت الجلد وتتسع منطقة الحوض استعداداً للحمل والولادة ويصبح الجلد والصوت ناعماً والشعر مسترسلاً أما هرمون البروجسترون فيهيئ الرحم لاستقبال البويضة التى تتخصب بواسطة حيوان منوى عند مرورها فى قناة فالوب لكى تزرع فى جدار الرحم وتتبت الجنين.

وتمر الاستجابة الجنسية الطبيعية لدى الرجل والمرأة بأربعة مراحل هى:

١ـ مرحلة الرغبة والإثارة: Excitement

ـ **لدى الرجال:** تبدأ بانتصاب القضيب بعد ٢٠-٣٠ ثانية من التنبيه نتيجة زيادة جريان الدم فى النسيج المنتصب ويتوسع ضماخ القضيب وترتفع الخصيتان

قليلاً مع زيادة فى سمك كيس الصفن وتفلطحه ويتسارع نبض القلب بمعدل ١٠٠-١٨٠ ضربة بالدقيقة ويزداد الضغط الانبساطى بمعدل ٢٠-٤٠ مم/ زئبق.

ـ **لدى النســاء:** يتضخم الثديان وتبرز الحلمتين، ويترطب المهبل نتيجة احتقان أنسجته التى ترشح سائلاً مُرطباً وذلك خلال ١٠-٣٠ث من بدء الإثارة، ويحتقن البظر ويتوارد له كم زائد من الدم، كما يتضخم الرحم قليلاً، ويتسع المهبل بما يتناسب وحجم القضيب كما يحتقن الشفرين الصغيرين والكبيرين وتتباعد المسافة بينهما، وتتسارع ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم.

٢ـ مرحلة استقرار الإثارة Plateau stage:

ـ **لدى الرجال:** يصل احتقان الخصيتين بالدم إلى قمته ويتمدد القضيب لأقصى حجم له ويصل الانتصاب إلى ذروته وترتفع الخصيتين لأقصى ارتفاع ممكن بفعل الأحبال المنوية ويظهر إفراز شفاف من فوهة القضيب بفعل غدة كوبر Cowper.

ـ **لدى النساء:** يصبح البظر مفرط الحساسية ويرتد خلفاً ويتلون الشفرين الصغيرين باللون الوردى وتبدأ الرعشة الجنسية، حيث يضيق الثلث الظاهر من المهبل نتيجة الاحتقان والتوتر العضلي ويصاحب ذلك استطالة واتساع فى الثلثان الداخليان منه، ويصبح المهبل زلقاً بفعل إفرازاته وإفرازات القضيب المتساقطة فيه.

٣ـ مرحلة الشبق (هزة الجماع عند الأنثى، والقذف عند الرجل) orgasm stage:

ـ **لدى الرجال:** يتدفق المنى خارج القضيب فى شعور منقطع النظير من المتعة واللذة فى شكل دفعات يتراوح عددها بين ٣-٧ بمعدل واحدة كل حوالى ٨ ثوان أما مصدر المتعة فى ذلك فهو انقباض الأعضاء الداخلية للحوض المصحوبة بإشارات الإحساس بالقذف، وكذلك فى الانقباض الإيقاعى للقضيب وعضلات قاعدته

ـ **لدى النساء:** تحدث أيضا لذة جنسية فى هذه المرحلة لدى المرأة تتمثل فى الانقباضات الإيقاعية (كل ٨ ثوان) للعضلات المبطنة للمهبل وعضلات العجان والأنسجة المتورمه فى الفرج.

٤ـ مرحلة الانحلال والخمود: **Resolution Stage**

ـ **لدى الرجال:** يحدث استرخاء عضلي عام وتعود كل التغيرات إلى طبيعتها ويصاحبها شعور بالاسترخاء والراحة، ويزول احتقان الخصيتين ويعودان لموقعهما الداني ويقل حجم القضيب وتحدث فترة عصيان Refractory period لا يمكن حدوث الانتصاب خلالها وتتراوح بين دقائق فى المراهقين وحتى ساعات فى المسنين.

ـ **لدى النساء:** يعود المهبل إلى حالته خلال ١٠-١٥ دقيقة، ويهبط الرحم إلى موقعه ويحدث استرخاء عام، وينصرف الاحتقان الوعائى، وتعود الأشفار إلى حجمها، ويبقى جوف المهبل (الثلثان الداخليان متسعان لعدة دقائق)، وليس لدى النساء فترة عصيان ولكن يمكن حدوث هزة الجماع عندهن تباعاً. (محمود حمودة ١٩٩١، وحسان قمحية وأخرون ١٩٩٣).

فى هذا الفصل سوف نتناول أربعة أنواع من إضطرابات هوية الجنس والنوع هى:

١ـ **الاختلالات الجنسية الوظيفية Sexual dysfunctions** وتتميز باختلال فى الرغبة الجنسية وفى التغيرات النفسية الفسيولوجية المميزة لدورة الاستجابة الجنسية، وينتج عن ذلك أسى نفسى واضح وصعوبات فى العلاقات البينشخصية ويندرج تحتها كل من:ـ

أ ـ إضطرابات الرغبة الجنسية: وتشمل إضطرابات نقص نشاط الرغبة الجنسية، وإضطراب النفور الجنسى.

ب ـ إضطرابات الاستثارة الجنسية: وتشمل إضطراب الاستثارة الجنسية عند الأنثى، وإضطراب الانتصاب عند الذكر.

جـ ـ الاضطرابات الشبقية (هزة الجماع): وتشمل إضطراب الشبق الأنثوى، وإضطراب الشبق الذكرى، والقذف المبكر.

د ـ إضطرابات الألم الجنسى: ويشمل عسر الجماع، والتشنج المهبلى.

هـ ـ الإضطرابات الجنسية الوظيفية التى ترجع إلى حالة طبية عامة.

و ـ الإضطرابات الجنسية الوظيفية التى ترجع لسؤ استعمال مادة أو عقار.

ز ـ الإضطرابات الجنسية الوظيفية غير المصنفة فى موضع أو مكان أخر.

٢ـ العهر (الفحش) Paraphilias: ويتميز هذا الإضطراب بوجود اندفاعات وخيالات وسلوكيات جنسية لها درجة من الشدة والمثابرة نحو موضوعات غير طبيعية وأنشطة أو مواقف بحيث تسبب أسى نفسى واضح أو قصور فى الأنشطة الاجتماعية والوظيفية أو أى مهام أخرى وتشمل: الاستعراء، الفيتشية، وفحش الاحتكاك (الملامسة)، وعشق الأطفال، والمازوخية الجنسية، والسادية الجنسية، والفيتشية العابرة، والتلصص البصرى (استراق البصر).

٣ـ إضطرابات هوية النوع: Gender-Identity Disorder: ويتميز بوجود توحدات عبر النوع cross-gender قوية ومثابرة تواكبها شعور بالكرب.

٤ـ الإضطرابات الجنسية غير المدرجة فى موضع أخر: وسوف يتركز الحديث فى هذه الفئة من الإضطرابات عن الجنسية المثلية.

أولاً: الاختلالات الجنسية الوظيفية

عرض تاريخى:ـ

ترجع الدراسة العلمية للإضطرابات الجنسية فى نهاية القرن التاسع عشر الميلادى إلى رينتشاردفون كرافت إيبنج Krafft-Ebing, R.V. أستاذ الطب النفسى بجامعة فينا بالنمسا الذى يعد أول من وضع نظرية تركز على الغريزة الجنسية أو تربطها بعلم النفس المرضى، وذلك فى مقالته الشهيرة السيكوباتية الجنسية التى نشرها عام ١٨٨٦، فبالإضافة للمصطلحات المبتكره التى قدمها مثل السادية والمازوخية، قدم إيبنج بعض التحليلات العلمية للإضطرابات الجنسية، وفى الثلث الأول من القرن العشرين كان فرويد فى قمة ذهوته العلمية، وحاول بشتى الطرق إقناع الناس بخطورة الدافع الجنسى، حتى أنه اعتبره أساس كل سلوك، وأن العجز عن إشباعه هو الأساس الأول لكل إضطراب ومرض، غير أن عالم البيولوجى الأمريكى الفرد كنزى Kenzy, A.(1894-1956) الذى أجرى دراسة مسحية عن التفضيلات والممارسات الجنسية بين الرجال والنساء فى المجتمع الأمريكى يعتبره

البعض أول من اخترق التحذيرات الاجتماعية حول دراسة واستطلاع السلوك الجنسي، وتعد هذه الدراسة من أول الدراسات التى قدمت معلومات لها صفة الصدق والثبات معاً حول سلوك الجنس بين بنى البشر، ومهدت الطريق للدراسة الموضوعية للنشاط الجنسي.

واعتمدت دراسات كنزى المسحية على التقريرات الذاتية للافراد من خلال مقابلات، وعلى الرغم أن هذه المقابلات تتميز بدفعها للأفراد (إلى حد ما) للإفضاء بأسرار ومعلومات حساسة، وإن كانت تنتقد أحياناً من زاوية أنها ربما تكون معلومات مُغرضة، فقد لا يكون الأشخاص صادقين أو لا يتصفون بالدقة عند وصفهم لما يقررونه، فلا شك أن هناك فرق بين ما ستحصل عليه من معلومات عندما تطلب من الناس أن يصفوا سلوكهم الجنسى وبين ما تدونه إذا كنت تلاحظ هذا السلوك مباشرة وعن كثب وإن كان ذلك بالطبع أمراً غير مسموح به من الجانب الشرعى حتى ولو كان لغرض الدراسة.

وطالما أننا نقول أن الملاحظة هى المصدر الثانى للمعلومات التى نحصل عليها حول السلوك الجنسى لبنى البشر، فقد قام وليم ماسترز، وفرجينيا جونسون Masters,W.& johnson,F. بنشر نتائج ملاحظاتهم وتسجيلاتهم المفصلة لعدد متباين من الأفعال الجنسية كالاستمناء، والجماع والاستثارة الجنسية عن طريق الفم oral Sex وذلك فى كتابهما الاستجابة الجنسية للإنسان Human Sexual Response فى عام (١٩٦٦) كما نشرا تكمله له عن العلاج فى كتاب أخر بعنوان قصور الكفاءة الجنسية للإنسان Human Sexual Inadequacy عام (١٩٧٠) وأحدث هاذين الكتابين تغييرات واسعة في هذا المجال وأضافا معلومات قيمه حول الجنس وإضطراباته، وحطما العديد من الخرافات والاعتقادات الخاطئة حول الوظيفة الجنسية، وساعدا على تفعيل إمكانية الدراسة العلمية للجنس.

طبيعة وأنواع الاختلالات الجنسية والوظيفية

من الشائع أن يخبر كل من الرجال والنساء صعوبات جنسية مؤقتة فى وقت ما من حياتهم، وعلى سبيل المثال ففى دراسة مسحية قام بها فرانك وأخرون Frank et al 1978 لمائة من الأزواج ذوى المستوى التعليمى الجيد، ويتمتعون

بمستوى طيب من التوافق الزواجي، فذكر ٣٦٪ من الرجال وجود صعوبات أو مشكلات تتعلق بعملية القذف السريع بمجرد أن تتم عملية الإيلاج، وقرر ١٦٪ وجود صعوبات فى حدوث عملية الانتصاب والإبقاء عليها. ومن الملاحظ أن معظم الرجال ينجحون فى التغلب على مثل هذه المشاكل ولكنها عندما تتواصل وتثابر وتحدث توترات وضغوط متلاحقة هنا يشعر الرجل بالقصور الجنسي الوظيفي ويسعى للعلاج.

وقد قسم الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية فى إصداره الرابع الاختلالات الجنسية الوظيفية إلى أربعة انواع هي

أ ـ إضطرابات الرغبة.

ب ـ إضطرابات الاستثارة.

جـ ـ إضطرابات الشبق (هزه الجماع).

و ـ إضطرابات الألم.

وتعبر هذه الفئات الأربعة عن أطوار الدوره الطبيعية للاستجابة الجنسية التى سبق الإشارة لها فى بداية هذا الفصل، حيث تشير الرغبة إلى الكيفية أو القوة التى تكون عليها عادة الرغبة الجنسية لدى الفرد، أما الاستثارة فتشير إلى الكيفية التى يبادر بها شخص متهيج جنسيا فى مباشرة سلوك جنسى، أما الشبق orgasm فيعنى قدرة الرجل على القذف، وقدرة المرأة على الوصول إلى هزة الجماع بعد الاستثارة، والشبق لدى كل من الرجل والمرأة يحقق إلى درجة كبيرة رد فعل فسيولوجى وسيكولوجى مُرضى ومُشبع، ويزيل التوتر الجنسى إما الألم الجنسى فيشير إلى أى مشقة أو انزعاج يشعر به الرجل أو المرأة أثناء المباشرة الجنسية. وتشير الاختلالات الجنسية الوظيفية إلى إضطراب فى العمليات المميزة لدورة الاستجابة الجنسية أو الألم المرتبط بالجماع الجنسى فى أطواره الأربعة: الرغبة، الإثارة واستقرار الإثارة، هزة الجماع، الانحلال. ويشخص الإضطراب على أنه اختلال جنسى وظيفى إذا لم يكن نتيجة لإضطرابات نفسية أخرى مثل القلق أو الأكتئاب الرئيسى ويمكن تقسيمها على حسب بداية الإضطراب إلى نمطين هما:ـ

١ـ على مدى الحياة Life long type: إذا بدأ الاختلال الجنسى منذ بداية ظهور النشاط الجنسى (منذ البلوغ).

٢ـ نمط مُكتسب acuqired type: إذا تطور الاختلال الجنسى الوظيفى بعد فترة كان النشاط الجنسى فيها طبيعياً.

كما يقسم الإضطراب من حيث القرائن المرتبطة بـة Context إلى نمطين أيضاً هما:ـ

١ـ نمط معمم Gneeralized type: إذا كان الاختلال الجنسى الوظيفى غير محدود بنوع محدد من المثيرات والمواقف، والقرين (الشريك).

٢ـ نمط موقفى Situational type: إذا كان الاختلال الجنسى الوظيفى غير محدود بنوع ما من المثيرات أو المواقف أو القرين (الشريك) على الرغم من أن الإضطراب يحدث غالباً أثناء النشاط الجنسى مع القرين، ولكنه قد يحدث فى بعض الحالات أثناء الاستمناء (العادة السرية).

ويصنف الإضطراب إلى نوعين على حسب العوامل المسببة له:ـ

١ـ يرجع إلى عوامل نفسية: إذا كانت العوامل النفسية هى التى تلعب الدور الأساسى فى بداية أو استهلال الإضطراب أو شدته او تفاقمه والإبقاء عليه. ولا تلعب العوامل الطبية أو إساءة استعمال المواد دوراً فى ذلك.

٢ـ يرجع لعوامل مشتركة (متكافله) combined: إذا كانت العوامل النفسية تلعب دوراً فى بداية الإضطراب أو شدته أو تفاقمه والإبقاء علية، وتساهم العوامل الطبية أو إساءة استعمال المواد المخدرة دوراً فى ذلك جنباً إلى جنب مع العوامل النفسية، وفيما يلى عرض مفصل لهذه الإضطرابات

١ـ إضطرابات الرغبة:

الرغبة هى أول أطوار السلوك الجنسى وتشمل الخيالات التى يصورها العقل حول النشاط الجنسى والرغبة فى القيام بهذا النشاط ويندرج تحته نوعين اساسين هما:ـ

أ ـ إضطراب نقص نشاط الرغبة الجنسية Hypoactive Sexual Desire Disorder

ويتميز بغياب الخيالات الجنسية أو الرغبة فى نشاط جنسى طبقاً لما تحدده المعايير الأتية:ـ

المحكات التشخيصية لاضطراب نقص نشاط (فتور) الرغبة الجنسية (DSM. IV, 1994)

أ ـ نقص مثابر او متكرر (أو غياب) التخيلات الجنسية والرغبة فى النشاط الجنسى، يجرى الحكم على النقص أو الغياب بواسطة الاخصائى الاكلينكى أخذاً فى الاعتبار العوامل التى تؤثر فى الأداء الجنسى مثل السن وإطار حياة الشخص.

ب ـ يتسبب الاختلال فى أسى واضح أو فى صعوبة فى العلاقات البينشخصية

جـ ـ لا يمكن تفسير الاعتلال الجنسى باختلال أخر، ولا يرجع بشكل مانع للأثار الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثلاً عقار يُساء استخدامه، أو دواء)، أو لحالة طبية عامة.

ب ـ إضطراب النفور الجنسى Sexual Aversion disorder أو يتميز بتجنب كل أو معظم صور الالتحام الجنسى مع القرين ويؤدى ذلك إلى أسى نفسى وقصور فى العلاقات البينشخصية

المحكات التشخيصية لاضطراب النفور الجنسى:

أ ـ نفور زائد مثابر أو معاود مع تجنب لكل أو معظم الاتصال الجنسى التناسلى مع شريك جنسى (زوج/ زوجة)

ب ـ يتسبب الاختلال فى أسى واضح أو صعوبة بينشخصية.

جـ ـ لا يمكن إرجاع الاختلال الجنسى بشكل أفضل لاختلال أخر.

ويعد هذين الإضطرابين أقل الاضطرابات الوظيفية فهماً وأكثرهما إثارة للجدل، كما يعد تعريف "الرغبة الجنسية المنخفضة" أمراً فى غاية الصعوبة نظراً لعدم وجود معايير موضوعية لما هو الأهتمام الجنسى السوى أو الطبيعى، وفى دراسة قام بها فرانك وأخرون Frank et al 1978 على ١٠٠ من الأزواج للتعرف

على عدد مرات الجماع في الزواج السعيد حيث وجد أن ٨٪ يقررون أنهم يباشرون علاقتهم الجنسية بمعدل أقل من مرة في الشهر، ٢٣٪ يباشرون بمعدل ٢-٣ مرات شهرياً، ٢٤٪ يباشرون بمعدل مرة أسبوعياً، ٣١٪ يباشرون ٢-٣ مرات أسبوعياً، ١٢٪ يباشرون بمعدل ٤-٥ مرات أسبوعياً، ١٪ يباشرون هذه العلاقة يومياً، ٢٪ لا يباشرونها على الإطلاق وأكدت دراسات أخرى أن ما لا يقل عن ٢٪ من الأزواج لم يمارسوا الجماع، ٨٪ يجامعن بمعدل يقل عن مرة فى الشهر، وفي دراسة أخرى على الأزواج الشبان وجد أن الثلث لديه فترة محدودة من الامتناع الجنسى تبدأ تقريباً فى الأسبوع الثامن من الزواج.

ومن العجيب أن الأشخاص الذين لديهم مستوى منخفض من الرغبة الجنسية لا ينظرون لهذا الأمر على أنه مشكلة وأن ما يدفعهم إلى البحث عن المساعدة والعلاج هو عدم الرضا من قبل القرين فقط، وعادة لا يتذمر أحد الزوجين من تناقص الرغبة إلا حينما يكون لدى القرين الأخر رغبة أكثر. فلو أن رجل يفضل ممارسة الجنس مرة أو مرتين شهرياً فى حين تفضل زوجته المباشرة الجنسية كل عدة أيام فى هذه الحالة يمكن القول أن هذا الرجل يعانى فتور الرغبة الجنسية. وفي بعض الثقافات قد يخجل الأشخاص الذين يعانون من هذا الإضطراب من التردد على الطبيب للعلاج أو حتى وصف مشكلتهم على وجه الدقة.

نسبة الانتشار: يمثل مرضى هذا الإضطراب حوالى ٦٥٪ من المترددين على عيادات علاج العقم والمشكلات الجنسية، وهو أكثر شيوعاً بين النساء عن الرجال، ويزداد فى الأسر التى تعانى من مشكلات زواجية، وتؤكد الدراسات أن معدل السعى للعلاج وفرص التحسن قد زادت خلال السنوات الأخيرة.

الأسبـــاب:ـ

تتضافر عدد من العوامل البيولوجية والنفسية والثقافية/ الاجتماعية بدورها. فى حدوث المرض

أ ـ **العوامل البيولوجية:ـ** يعانى الأشخاص المصابين بالأمراض والعلل والذين أجريت لهم عمليات جراحية كبرى عادة من نقص الرغبة الجنسية، كما ترتبط الرغبة الجنسية بمعدل إفراز الهرمونات وخاصة التستوستيرون

testosterone المعروف بهرمون الجنس، حيث أدى الحقن بهذا الهرمون للرجال والنساء الذين يبدون نقصاً فيه بسبب استئصال قشرة الغدة الكظرية أو بعد استئصال المبيضين أو فى سن اليأس إلى تحسين واضح فى الرغبة الجنسية، كما وجدت الدراسات أن نسبة هذا الهرمون غالبا ما تكون منخفضه فى الأشخاص الذين يعانون القصور الكلوى المزمن وأمراض الكبد وان هناك فروقاً بين هؤلاء المرضى وعينه ضابطه مماثلة فى السن فى الرغبة الجنسية، ولم تجد الدراسة فروقاً جوهرية فى مستوى التستوسترون أو الهرمونات الأخرى لدى النساء الذين يعانون نقص الرغبة الجنسية أو عينه سوية ضابطة. كما تؤدى الأدوية والمخدرات والمنومات وقصور الناقلات العصبية بيتا إلى فتور الرغبة الجنسية.

ب ـ العوامل النفسية:ـ يلعب الاكتئاب والتوترات الحادة دوراً فى خفض الرغبة الجنسية كما أن المعلومات الخاطئة التى يكتسبها الفرد عن الجنس خلال طفولته من أن الجنس دنس لا ينبغى الاقتراب منه، أو أن الحيوانات والحشرات فقط هى التى تمارس الجنس أو ما شابه ذلك دوراً فى فتور المشاعر حول الجنس، وقد يحدث ذلك بسبب الخبرات الصادمة فى الطفولة كالاغتصاب والإساءة الجنسية للطفل، حيث يعانى الأشخاص المضطربين جنسياً من إضطرابات انفعالية مثل القلق والغضب والغيرة والشعور بالذنب، والصراعات النفسية التى تؤدى إلى ما أسمته كابلن Kaplan بميكانزمات التحول turn-off حيث ترى أن الأشخاص يخفون ضعف رغباتهم الجنسية لا شعورياً بالتركيز بشكل انتقائى على خصائص سلبية فى القرين أو فى الموقف ذاته. فالدافع وراء هذا التحول الجنسى هو الخوف اللاشعورى من العلاقة الجنسية أو بمفهوم السيكودينامية هى خوف من تحول صراعات الطفولة غير المحلولة إلى القرين المشارك فى الجنس، فقد تنظر إمرأة لزوجها نظرتها لأبوها وتحرم المعاشرة الجنسية معه.

كما تلعب العدائية والصراعات بين الزوجين دوراً فى المشكلات الجنسية وخاصة فتور المشاعر الجنسية، فالجنس عادة علاقة تهدف إلى الإشباع العاطفى قبل الإشباع الجسدى للقرين ولا يتم بين شركاء غير متحابين إلا فى دور البغاء والمنحرفين جنسياً.

٢ـ إضطرابات الاستثارة الجنسية Arousal Disorders

تمثل الاستثارة الجنسية الطور الثـانى للسلوك الجنسـى وتتضمـن الإحسـاس الموضوعى بالمتعة أو اللذة المقترنة بتغيرات فسيولوجية فـى الأعضـاء التناسلية لكل من الرجل أو المرأة ويندرج تحتها أيضاً نوعين من الإضطراب هما:ـ

أ ـ إضطراب الاستثارة الجنسية عند الرجل Male Erectile Disorder

وكان يشار اليه فى السابق بالعنه Impotence وتـم اسـتبدالها فـى التصنيـف الحديث نظراً لأن العنه تشير إلى الضعف وفقد القدرة الجنسية على الرغـم مـن أن مثل هؤلاء الرجال قد يكونوا مكافحين ونشـطين فـى مجـالات حياتيـة أخـرى، كمـا تفقد المريض الأمل فى الشفاء وتوصمه بعار اللارجولة

المحكات التشخيصية لاضطراب الاستثارة الجنسية عند الرجل (DSM. IV, 1994)

أ ـ عدم القـدرة المسـتمرة أو المتكـررة للوصـول إلـى أو البقـاء حتـى اتمـام النشاط الجنسى على انتصاب ذكرى مناسب.

ب ـ يسبب الإضطراب أسى ملحوظ أو صعوبات بينشخصية.

جـ ـ الاعتلال الانتصابى لا يفسر بشكل أفضل عن طريق اختلال أخـر ولا يرجع للأثار الفسيولوجية المباشرة لمـادة (مثـلاً: سـوء اسـتخدام عقـار أو دواء) أو لحالة طبية عامة.

ولا شك أن إضطراب الاستثارة عند الرجل يشعره بالضياع وكراهية الـذات التـى تجعلـه لا يتقبـل كـل مـا تقدمـه الزوجـة مـن إغـراءات، والعديـد مـن الرجـال يبتعدون عن زوجاتهم بعد مثل هذا الفشل وينخرطون فى سلوكيات العربـدة وإيـلام الذات والنتيجة عادة تكون سيئة. ويوجد نوعين مـن إضطـراب الاسـتثارة الجنسـية لدى الرجل هما:ـ

١ـ إضطراب الاستثارة الجنسية مدى الحيـاة: وكـان يعـرف سـابقاً بقصـور الاسـتثارة الجنسـية الأولـى، حيـث يبـدو المريـض غيـر قـادر علـى تحقيـق الكفايـة الجنسية فى علاقته مع قرينه، والحـالات التى بهذه الشدة نادرة نسبياً.

٢ـ إضطراب الاستثارة الجنسية المكتسبة: وكان يعرف سابقاً بقصور الاستثارة الجنسية الثانوى، حيث يبدو المريض عاجز حالياً عن تحقيق الكفاية الجنسية فى علاقته مع قرينة بعد أن كان قادراً على تحقيق ذلك فى السابق ولو لمرة واحدة (wlison G.t. et al 1996)

ب ـ اضطراب الاستثارة الجنسية عند الأنثى Female sexual Arousal Disorder

وكان يعرف فى السابق بالبرود الجنسى Frididity، وقد قل استخدامها حيث تشير البرودة إلى الكسل والخمول والتحفظ مع أن النساء المصابات بهذا الإضطراب قد يكن ذوات دفء عاطفى فى نواحى أخرى من الحياة.

المحكات التشخيصية لاضطراب الاستثارة الجنسية عند الأنثى: (DSM. IV, 1994)

أ ـ عدم قدرة مثابرة أو معاوده على تحقيق أو البقاء حتى تمام النشاط الجنسى مع وجود استجابة انتفاخ تشحيمى (تزيتى) لاستثارة جنسية

ب ـ يسبب الاضطراب أسأ واضحاً أو صعوبة بينشخصية

جـ ـ لا يمكن تفسير الاعتلال الجنسى بشكل أفضل عن طريق اختلال أخر، ولا يرجع للأثار الفسيولوجية لمادة (مثلاً عقار يُساء استخدامه أو دواء) أو لحالة طبية عامة.

ويقصد بالمحك (أ) وجود إخفاق تام أو جزئى فى الإفرازات الزيتية التناسلية Lubrication والاحتقان الوعائى أو استمرارها كاستجابة للإثارة الجنسية حتى انجاز الاتصال الجنسى فضلاً عن وجود نقص دائم أو معاود فى اللذه والاستثارة خلال فترة المعاشرة الجنسية. وقد يكون ضعف الاستثارة الجنسية عند الأنثى على مدى الحياة (أولى) أو مكتسب (ثانوى) كما هى عند الرجل.

نسبة الانتشار: لا تتجاوز نسبة العجز الجنسى الأولى عند الرجال ١٪ خاصة الذين تقل أعمارهم عن ٤٠ سنة فى حين يصل العجز الثانوى إلى ٢٠٪ ويزداد مع الضغوط النفسية والخلافات الزواجية، فى حين يبلغ العجز ٥٠٪ بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ سنة، عند الاربعين يقرر ٥٪ عجز كلى، ويصل نسبة العجز الكلى إلى ١٥٪ عند السبعين من العمر.

الأسبـــــاب :

أ ـــ الأسبـــاب البيولوجية:ـ

كان يعتقد فى السابق أن ضعف الاستثارة الجنسـية عند الرجـل ترجـع فقط إلى عوامل نفسية ولكن هذه النظرة تبدلت خلال السنوات الأخيرة بفضل العديد مـن الدراسات التى اجراها المتخصصين فى المسالك البوليـة التناسـلية وصـار الاعتقـاد السائد ان حوالى ٥٠٪ من هـؤلاء المرضـى إنمـا يرجـع إضطرابهـم إلـى عوامـل عضوية وبيولوجية بالدرجة الأولى، وتبدأ عملية الانتصاب مـن المـخ الـذى يرسـل إشارات تنتقل عبر الحبل الشوكى، ومن خلال أعصاب معينة إلى الأوعية الدمويـة وخلايا العضلات الملساء فى القضيب، ويحدث الانتصاب بفعـل تـوارد الـدم الغنـى بالأكسجين فى الانسجة القضيبية، وعندما تستثار خلايـا العضلـة الملسـاء المحيطـة بهذه الفراغات، يقل جداً معدل الدم الذى ينسـاب اليهـا ويرتخـى القضيـب، وعندمـا تسترخى خلايا العضلة ينساب الدم خلالها وينتصب القضيب.

ويحدث قصور الاستثارة الجنسية بسبب عوامل يشترك فيها النشاط العصبى ونشاط الدورة الدموية التى تمثل الأسـاس الفسيولوجى لعمليـة الانتصـاب. وتشـمل الأمثلة أمراض مثـل السكرى، والعمليـات الجراحيـة والإسـاءة المزمنـة لاسـتعمال الكحـول، والاسـتعمال الدائـم للأدويـة أو العقـاقير مثـل مضـادات القلـق ومضـادات الاكتئاب والعديد من الإضطرابات الأخرى يؤدى عادة إلى نقص الرغبة الجنسية، ومن العوامل البيولوجية الأخرى أمراض القلب، وارتفـاع ضـغـط الـدم، وانخفـاض نسبة دهون الدم عالية الكثافة والمعروف بالكلسترول الحسن.

ويجب دائماً فحص الرجال الذين يعانون من مشكلات الانتصاب والاسـتثارة الجنسية للتعـرف علـى الأسـباب العضويـة للإضطـراب، وقـد اصبحـت اختبـارات التشـخيص الطبـى الحديثـة قـادرة علـى تقديـر دور كـل مـن العوامــل الهرمونيــة، والعصبية والوعائية الدموية، وعلى سبيل المثال اصبـح التخطيـط بالموجـات فـوق الصوتية مستخدماً فى قياس معدل سريان الدم فىشرايين القضيب قبل وبعد الحقن بمادة كيميائية تحدث استرخاء فى أنسجة العضلة الملساء. وأثناء النوم فإن الذكـور الأصحاء ربما يخبرون حالة من الانتصاب كل ٩٠ دقيقة ويزيد ذلك من انتفـاخ أو

فــى وصــف عمليــة nocturnal penil tumescence التــورم القضيبــى الليلــى الانتصاب، فاثناء النوم يكون من الطبيعى أن تحدث عمليات فسيولوجية يفترض أنها لا تقترن بعوامل الكف كالخوف والقلق التى تكف التفاعل أثناء حالة اليقظة. فإذا ما انتصب القضيب أثناء النوم فإن ذلك يعنى أن المشكلات الجنسية تحدث بسبب عوامل نفسية. والانتصاب القضيبى اثناء كل من حالة اليقظة أو النوم يمكن قياسه باستخدام جهاز تخطيط التدفق الدموى plethysmograph والجهاز عبارة عن مقياس مطاطى رقيق مملوء بالزئبق، ويمر تيار كهربى ضعيف جداً خلال سلك ينتهى فى الزئبق حيث يثبت الرجل هذا المقياس المطاطى على القضيب المرتخى، وعندما يصبح القضيب منتصب يتمدد المقياس المطاطى ويؤدى ذلك إلى تغير فى التيار الكهربى، ويقوم جهاز التخطيط بتسجيل هذا التغير.

ب ــ الأسباب النفسية:ــ وعلى الرغم من أهمية الأسباب العضوية للعجز الجنسى إلا أن تأثير العوامل النفسية فى غاية الأهمية أيضاً. كما أن البداية المفاجئة وخاصة المرتبطة بأحد مواقف الحياة الضاغطة توضح الأسباب النفسية، حتى الاختبارات الطبية التى يتم خلالها حقن مادة كيميائية فى القضيب لقياس معدل سريان الدم تتأثر بالحالة النفسية الراهنة للرجل، وفى بعض الحالات من إضطراب الاستثارة تشترك العوامل الفسيولوجية والنفسية فى أسباب الاضطراب. ويكون العلاج النفسى فعالاً على الرغم من وجود بعض القصور الجسمى.

كما أنه من المفيد تقسيم العوامل النفسية إلى مجموعتين هما المؤثرات التاريخية والراهنة:

١ــ مؤثرات تاريخية:ــ Historical: كالتصلب المستمر لأفكار وممارسات العقيدة الارثوذوكية التى تعد عامل شائع فى خلفية كل من الرجل والمرأة وتحدث صور مختلفة من العجز الجنسى، فالتعليمات الصارمة تؤدى إلى خلق اتجاه سالب نحو الجنس، حيث يبقى الأفراد يعتقدون أن الجنس إثم وشر، وبالطبع ليس كل الأشخاص الملتزمين دينياً يعانون من قصور جنسى وظيفى، ولكن نتائج دراسة ماسترز وجونسون Masters&johnson قد تأكدت بواسطة المعالجين الأخرين

للمشاكل الجنسية، موضحين ان الاعتقادات الدينية الصارمة والخلفيات التاريخية الأخرى تعد عوامل تزيد من احتمالية وجود صعوبات جنسية كما توجد أسباب ضمنية أخرى تسبب العجز الوظيفى الأولى للإستثارة الجنسية وتشمل:-

أ - التسلط والضبط الزائد من قبل الوالدين لدرجة تقوض احترام الفرد لذاته.

ب - مواجهة الفرد لخبرة جنسية مبدئية صارمة أو مأسوية مصحوبة بالفشل والإحباط مما ينتج عنه من مشاعر عدم الثقة بالنفس والشعور بعدم الكفاءة.

جـ - وجود نزعة للجنسية المثلية تنافس وتضعف الاستثارة نحو الجنس الأخر.

ويحدث إضطراب الاستثارة الجنسية المكتسب (الثانوى) بسبب مدى أوسع من العوامل المسئولة عن اضطراب الاستثارة الجنسية الأولية مثل التعليمات الصارمة، والخبرات الجنسية المأسوية والصراعات المتعلقة بالهوية الجنسية، والقذف المبكر، وإدمان الكحول، وكف النمو الانفعالى كلها يمكن أن تقود إلى فشل الانتصاب.

٢- مؤثرات راهنة:- صرف ما ستررزوجونسون النظر عن الأسباب السابقة، وذكرا أن القلق الراهن لدى الفرد حول أداءه الجنس هو المسئول عن معظم صور القصور الجنسى، مثل هذا القلق الأدائى يؤدى فى رأيهما إلى ما يسميانه بالمشاهدة Spectatoring، حيث ينمو شعور الفرد بذاته ويصبح ملاحظ لاستجاباته الجنسية وكأنه شخص ثالث "Third person" يرى علامات الفشل، وبدلاً من أن يكون متفتح ومستجيب للمثيرات المسببة للانتصاب، ويعزز الأمدادات الحسية لذلك، نجده متحير أو مرتبك ومشغول بتقييمه وانتقاده لذاته، يتولد عن ذلك مزيد من القلق الذى يقوض الاستجابات الفسيولوجية والنفسية الطبيعية للجسم نحو الإشارات المثيرة للشهوة الجنسية (wilson, G.t et al 1996).

وقد أوضحت دراسات بارلو ورفاقه Barlow et al 1986 الميكانزمات النفسية المسببة لمشكلات الاستثارة الجنسية وذلك من خلال المقارنة بين الرجال الذين يعانون عجز وظيفى جنسى بغيرهم من العاديين فى سلسلة من الدراسات التجريبية. حيث شاهدت كلا المجموعتين فيلم سينمائى مثير جنسياً تحت ظروف

متباينة لإثارة القلق لديهم مثل التهديد بتلقى صدمة كهربية أثناء العرض، وتم قياس كل من الاستثارة الجنسية الموضوعية واستجابة الانتصاب وعمليات الانتباه وقد وجدت الفروق الأتية بين المجموعتين:ـ

١- أوضح الاستقراء التجريبى أن القلق عادة ما يحد من الاستثارة الجنسية فى الرجال ذوى الوظفية الجنسية الطبيعية ولكنه يُضعف الانتصاب فى الرجال ذوى الاختلال الجنسى الوظيفى.

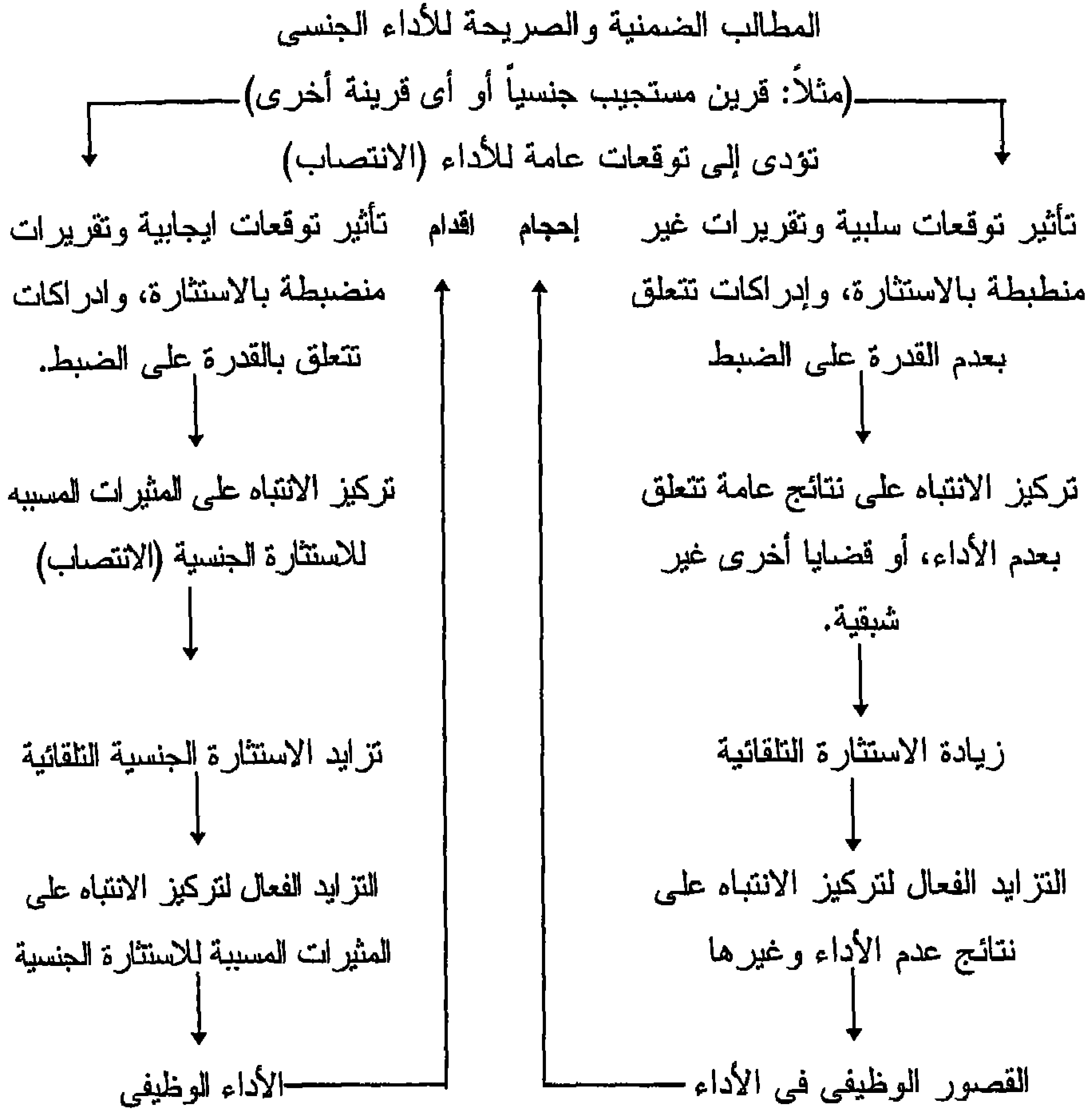
٢- عندما يتم حث مطالب الأداء معملياً مصحوبة بإرشاد الرجال لأن يكونوا منتبهين وجد أن الاستثارة قد ضعفت فى الذكور الذين يعانون من قصور وظيفى (المجموعة الأولى) وتحسنت فى ذوى الأداء الفعال (المجموعة الثانية).

٣- التعرض لإشارات شبقية يولد مشاعر سلبية فى المجموعة الأولى، ومشاعر إيجابية فى المجموعة الثانية.

٤- التشتيت: على سبيل المثال أن تطلب من الأفراد ملاحظة المثيرات غير الجنسية أثناء انخراطهم فى الانتباه لرموز أو مثيرات جنسية يضعف الاستثارة الجنسية فى المجموعة الثانية ولا يحدث ذلك فى المجموعة الأولى. ويفسر ذلك بأن الرجال الذين يعانون من مشكلات فى الاستثارة الجنسية ينتبهون بالفعل إلى الرموز غير الجنسية.

٥- الرجال الذين يعانون عجزاً جنسياً يقررون درجة أقل من الاستثارة الذاتية عمن لا يعانون نفس العجز حتى ولو لم تختلف بينهما القدرة على تحقيق الانتصاب.

وقد وضع بارلو ١٩٨٦ نموذج سيكولوجى لإضطراب الاستثارة الجنسية على النحو الآتى:ـ



الأسباب الراهنة للعجز الجنسى الوظيفى (بارلو ١٩٨٦)

عن (Wilson, G.t et al 1996)

ويفترض هذا النموذج أن مطالب الأداء الجنسى هى التى تستدعى القلق والمشاعر المتعلقة بعدم الكفاءة. وبدلاً من الالتفات إلى الرموز الشبقية العادية فإنه ينصرف بانتباهه وينشغل حول ما يدركه عن ذاته من عجز عن الأداء، والمعرفة غير المتناغمة أو التداخل الناتج يقود إلى فشل فى تحقيق الاستثارة أو الانتضاب.

ولا يعرف سوى القليل عن أسباب إضطراب الاستثارة الجنسية الأنثوية، بالنسبة للأنثى يعد البظر Clitoris هو العضو الحساس للمثيرات الجنسية وأى عامل يخفض من معدل ورود الدم الغنى بالأكسجين لهذا العضو يؤدى إلى قصور فى الاستثارة الجنسية وهزة الجماع، وفى هذا الأطار يمكن القول أن كل من البظر والقضيب يتشابهان وأن الأسباب الراهنة للاختلال الجنسى الوظيفى للرجل التى يوضحها الشكل السابق المستمد من دراسات بارلو يمكن تطبيقه كذلك على المرأة. فالمرأة ذات الاستجابة الجنسية العادية تشبه الرجل العادى الذى لا يعانى من قصور جنسى كلاهما يبدى زيادة فى الاستثارة الجنسية تحت تأثير القلق ومطالب الأداء.

٣ـ إضطرابات الشبق (هزة الجماع) Orgasmic Disorders

يمثل طور أو مرحلة الشبق (هزة الجماع) قمة المتعة الجنسية، وفيها يتحرر التوتر الجنسى وتتناغم التقلصات فى عضلات عضو التناسل ويصاحب ذلك قذف السائل المنوى بالنسبة للرجل، وفى المرأة تحدث سلسلة من التقلصات المتناغمة (قد لا تكون محسوسة بشكل ذاتى فى كل الحالات) فى كل الثلث الخارجى من المهبل. وإضطرابات الشبق قد تكون على حسب بدايتها: مدى الحياة أو مكتسبة، وقد تكون عامة أو مقيدة بموقف محدد كأن يصل الشبق إلى ذروته فى حالة الاستمناء ولا يتحقق ذلك فى حالة الجماع، وقد يرجع الإضطراب إلى عوامل نفسية، وقد تقترن العوامل النفسية والطبية فى حدوث الإضطراب ـ ويندرج تحت هذه الفئة ثلاث انواع من الاضطرابات هى:ـ

أ ـ اختلال الشبق الأنثوى Femal orgasmic Disorder: وكان يعرف فى السابق بالشبق الأنثوى المثبط Inhibited أو المكفوف.

المحكات التشخيصية لاختلال الشبق الأنثوى: (DSM. IV, 1994)

أ ـ تأخر مثابر أو متكرر (معاود) أو غياب الشبق (هزة الجماع) بعد مرحلة استثارة جنسية طبيعية، وتُظهر النساء اختلافاً واسعاً فى نوع وشدة التنبيه الذى يطلق الشبق (الذروه)، وينبغى أن يبنى تشخيص الاختلال الشبقى الأنثوى

على أساس حكم الأخصائى الاكلينكى من أن طاقة المرأة الشبقية أقل مما ينبغى أن يكون معقولاً لعمرها ولخبراتها الجنسية وملائمة التنبيه الجنسى الذى تتلقاه.

ب ـ يسبب الإضطراب أساساً نفسياً أو صعوبة بينشخصية.

جـ ـ الاعتلال الشبقى لا يمكن تفسيره بشكل أفضل بواسطة اختلال أخر، ولا يرجع للأثار الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثلاً عقار يُساء استخدامه، أو دواء) او حالة طبية عامة.

ب ـ الاختلال الشبقى الذكرى Male Orgasmic Disorders: وكان يعرف بالشبق الذكرى المثبط أو المكفوف.

المحكات التشخيصية لاختلال الشبق الذكرى (DSM. IV, 1994)

أ ـ تأخر مثابر أو متكرر أو معاود أو غياب الشبق (الذروة) عقب مرحلة استثارة جنسية طبيعية أثناء نشاط جنسى يحكم الاخصائى الاكلينكى على ذلك فى ضوء عمر الشخص ويتم الحكم على درجة الكفاءة بناء على التركيز والشدة والدوام.

ب ـ يسبب الإضطراب أسى ملحوظ أو صعوبة بينشخصية.

جـ ـ لا يمكن تفسير الاعتلال الشبقى بشكل أفضل عن طريق اختلال أخر، ولا يرجع بشكل قاطع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثلاً: عقار يُساء استخدامه أو دواء)، أو لحالة طبية عامة.

نسبة الانتشار:ــ

لم يورد الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية فى إصداره الرابع مؤشرات صريحة حول نسبة الإضطراب فى الذكور والإناث، فى حين ذكر DSM, III R أن حوالى ٣٠٪ من النساء فى أوربا وأمريكا يعانين من اختلال الشبق الأنثوى ويعتقد أن النسبة أقل من ذلك فى الرجال.

الأسبـــــاب:ــ

من بين أكثر الاسباب شيوعاً لإضطراب هزة الجماع كما تم تحديدها من قبل ماسترز وجونسون ١٩٧٠ هى نفس المؤثرات السلبية المسئولة عن

الإضطرابات الجنسية الذكرية مثل التعليمات الدينية الصارمة المحرمة للجنس، والجنسية المثلية، والمؤثرات الأسرية السالبة، وطبقاً لرأى ماسترز وجونسون فإن خبرات الطفولة المتصفة بالبرود، والرسميات والضبط يمكن أن تؤدى إلى صعوبات جنسية أنثوية.

ومن أكثر مصادر الإضطراب تكراراً عدم الرضا الانفعالى للمرأة فى علاقتها مع زوجها، مثل هذه التفاعلات السلبية ربما تتضمن: الشعور بالخزى أو الخجل، والاستياء أو الغيظ، والغيرة، والملل والاحباط (خيبة الأمل)، والاشمئزاز. فى العديد من الأوقات ربما تعكس الصعوبات الجنسية عدم السعادة الناتجة عن: العجز الاقتصادى، المظهر الجسمى، والافتقار إلى المهارات الاجتماعية، وافتقار التعاطف والمودة، ولعلاقة الزوج بنساء أخريات، وقد تنتج المشكلات الجنسية لدى المرأة بسبب تعرضها لخبرة مأسوية صادمة مثل الاغتصاب أو محاولة الاغتصاب والتحرش بها فى الطفولة أو الشعور بالألم الحاد أو الهلع فى أول مباشرة للعلاقة الجنسية، والنساء قد يكونوا حساسين للتأثيرات السلبية للعجز الجنسى فى شريك العلاقة، فى حين أن الرجل قد لا يشغل نفسه بعدم الإشباع الجنسى لزوجته. فهو قادر جسدياً على تحقيق لذة الجماع أثناء المباشرة الجنسية بصرف النظر عن الاستجابات الجنسية لشريكته، أما بالنسبة للمرأة فلكى تحقق هزة الجماع اثناء المعاشرة الجنسية يجب على زوجها أن يبقى على درجة من الإثارة ويتحكم فى عملية القذف لفترة كافية من الوقت، حتى عندئذ، فإن المحب غير الحساس (الأخرق) قد يتدخل فى استجابة المرأة لهزة الجماع (مفترضاً وجود الميكانزمات الجنسية الضرورية للانتصاب وضبط القذف) كما أن المرأة عادة ما يزعجها عدم قدرة قرينها على ضبط عملية القذف أو الإبقاء على عملية الانتصاب ولذلك تضعف استجابتها الجنسية وربما تشعر بالذنب إذا فشل فى تحقيق الانتصاب الكاف وتشك فى قدرتها على تقديم الإغراءات الجنسية الكافية لزوجها. وقد كان القذف المبكر والعجز عن الوصول لهزة الجماع أكثر الإضطرابات الجنسية المتزامنة فى الحالات التى عالجها كل من ماسترز وجونسون (١٩٧٠).

وقد استنتج كل من ماسترز وجونسون أن معظم صور الاختلال الجنسى الوظيفى فى المرأة ترجع بجذورها إلى ازدواجية المعايير التى يبديها المجتمع نحو القيم الجنسية، فالمجتمع يجيز النشاط الجنسى للذكور بل أنه يشجعه ضمنياً، فى حين يتجاهل الطبيعة الجنسية للمرأة وينكر عليها ذلك (فيما عدا إذا كان ذلك لغرض الإشباع الجنسى للرجل) والاستجابة الجنسية لا تعد واقعاً فطرياً تنمو آلياً عند النضج الجنسى لكل من الرجل والمرأة، فجهودنا البيولوجية الكامنة للاستجابة الجنسية محكمة، ومن المحتمل أن تتفرع فى اتجاهات متباينة بناءً على نتائج خبراتنا النفسية. وباختصار يوافق جاجنون Gagnon 1977 على أننا نتعلم أن نكون نشطين جنسياً، وإذا كانت الظروف الاجتماعية الضرورية لهذا التعلم غير مناسبة أو إذا كانت الاستجابة للمثيرات الجنسية يتبعها العقاب بشكل تلقائى فإن الفرد لن يتطور لينمو إلى كائن جنسى سوى.

وفيما يتعلق بإزدواجية المعايير نحو القيم الجنسية ما يفترض من أن الرجل هو الذى يجب أن يبادئ بالجنس والمتحكم فى مسار العملية الجنسية أو ينسق لها، وقد وجدت الدراسات التى تمت على طلاب الجامعة الذين كان لهم صديقات كان من المتوقع دوماً أن يقوم الرجل بأول إثارة فى العملية الجنسية، وأن الغالبية العظمى من النساء كن ينتظرن إلى أن يستهل الرجل ما يثيرها جنسياً على الرغم من أن ٩٥٪ من النساء والرجال على حد سواء لديهم معايير أخلاقية متطابقة عن القيم الجنسية تخوفهن من تهديد الأنا لدى الشريك. وفى دراسات ماسترز وجونسون (١٩٧٠) لاحظا أن الرجل هو الذى يقوم بالدور القيادى كأن يكرر المداعبة المسبقة للزوجة ويتبع ذلك بعملية الإيلاج المهبلى، ولا يكاد يختلف ذلك النمط فى الأزواج الذين يعانون الجنسية المثلية حيث يضعون المرأة غالباً فى مكانه جنسية أقل لأن توقيت المباشرة ربما لا يتفق مع نمطها للاستجابة الجنسية. هذا التركيز على أن الجماع يمثل الهدف النهائى قد يضع ضغوط غير ضرورية على كاهل الرجل لإنجازه وقد يؤدى إلى مشكلات تتعلق بانتصاب القضيب، وكما فى حالة الإضطرابات الجنسية الوظيفية عند الرجل فإن العوامل العضوية يمكن أن

تلعب دوراً فى الاختلالات الشبقية الأنثوية ولكن هذه العوامل لم تجد الالتفات الكاف من قبل الباحثين مثل ما لاقته الاضطرابات الجنسية فى الرجل (Wilson, G.t. et al 1994)

جـ ـ القذف المبكر (الدفق المبتسر) premature Ejaculation

وهو قذف معاود كاستجابة لمنبه جنسى بسيط (غير كاف) وقبل حدوث رغبة الرجل فى الوصول اليه، ويمثل الدفق المبتسر أكثر الإضطرابات شيوعاً لدى الرجال وخاصة الشباب منهم أو هو عجز الرجل عن تأجيل القذف خلال الجماع لحين وصول المرأة إلى ذروة جنسية على الأقل فى نصف مرات الجماع.

المحكات التشخيصية للدفق المبتسر (DSM. IV 1994):-

أ ـ قذف مثابر أو معاود مع أدنى تنبيه جنسى قبل أو أثناء أو عقب الايلاج وقبل أن يرغب الشخص فى ذلك، ويجب أن يأخذ الأخصائى الاكلينكى فى اعتباره العوامل التى تؤثر على مدة مرحلة التنبيه مثل العمر وحداثة الشريك الجنسى أو الموقف والتكرار الحديث للنشاط الجنسى.

ب ـ يتسبب الإضطراب فى أسى نفسى ملحوظ أو صعوبة بينشخصية.

جـ ـ لا يرجع الدفق المبتسر (القذف المبكر) بشكل قاطع للأثار الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار (مثلاً: الانسحاب من تعاطى الأفيون).

وتختلف النساء فيما بينهم فى الفترة الزمنية التى يحتاجونها للوصول إلى الذروة الجنسية، حتى المرأة الواحدة تختلف الفترة الزمنية اللازمة لوصولها إلى الذروة الجنسية من وقت لأخر بناءً على عدد من العوامل قد يكون بعضها نفسياً أو فسيولوجياً والأخر ثقافى اجتماعى، ولذلك يصعب تحديد الفترة الزمنية التى يمكن أن يقال عندها أن هناك قذف مبكر، ولكن إذا حدث القذف قبل الايلاج أو بعده مباشرة دون تحقيق حد مناسب من المتعة لطرفى العلاقة فى هذه الحالة يمكن القول أن هناك مشكلة قذف مبكر أو دفق مبتسر. فالعديد من المعالجين المحدثين يؤكدون على أهمية مشاعر الرضا لكلا الزوجين بتحكم الرجل فى عملية القذف

أثناء الجماع علماً بأن هذه المشكلة لم تكن محل اهتمام فى عصور سابقة وظهرت نتيجة السعى الحثيث للمساواة بين الرجل والمرأة والتى تتضمن فى طياتها التعريف والاهتمام بحاجات المرأة ورغباتها الجنسية.

نسبة الاضطراب: لا توجد إشارة صريحة إلى نسبة الإضطراب فى DSM.IV، ولكن DSM. IIIR قدرها بحوالى ٣٠٪ بين الرجال طبقاً للدراسات التى تمت فى أمريكا وأوربا على الراشدين.

الأسبـــاب:ـ

درس ماسترز وجونسون حوالى ٢٠٠ رجل يعانون من مشكلة الدفق المبتسر وكشفا عن علاقة بين المستوى التعليمى للرجل واهتمامه بالرضا الجنسى لزوجته، فالرجال ذات المستوى التعليمى الأعلى يكونوا أكثر ارتباكاً إن هم لم يستطيعوا تحقيق الإشباع أو الإرضاء الجنسى للزوجة، فى حين أن الرجال الذين لم يكملوا دراستهم الثانوية قليلا ما يشكوا أو يتذمروا بسبب الدفق المبتسر، وقد يرتبط القذف المبكر بخبرات جنسية غير سارة منذ سن مبكرة.

د ـ إضطرابات الألم الجنسى Sexual pain Disorders

ويندرج تحته نوعين من الإضطرابات هما:

أ ـ عسر الجماع Dyspareunia: (الذى لا يرجع إلى حالة طبية عامة)

ويقصد به الألام المصاحبة لعملية الجماع فى كل من المرأة والرجل على السواء، وتشمل الأوجاع والالتهابات، وألم الاحتكاك، وعادة ما يحدث ذلك نتيجة نقص أو قصور فى عملية التزييت المهبلى، فى النساء قد تحدث عملية التزييت المهبلى بتأثير المداعبة اللفظية فقط وهى تناظر عملية الانتصاب عند الرجل، وعادة ما يعنى قصور التزييت المهبلى أن المرأة لم تستثار بما فيه الكفاية.

المحكات التشخيصية لعسر الجماع (DSM. IV, 1994)

أ ـ ألم فى الأعضاء التناسلية مثابر ومعاود يصاحب الاتصال الجنسى فى كل من الرجل والمرأة.

ب ـ يسبب الإضطراب أسأ ملحوظاً أو صعوبات بينشخصية.

ج ـ لا يرجع الإضطراب بشكل قطعى إلى تشنج مهبلى أو لنقص التشحيم (التزييت) ولا يفسر بشكل أفضل باختلال أخر، ولا يرجع بشكل قاطع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثلاً عقار يُساء استخدامه أو دواء) أو لحالة طبية عامة.

نسبة الانتشار:

نسبة عسر الجماع نادر لدى الرجال وإن حدث فعادة ما ينتج عن عوامل عضوية، وتصل نسبته إلى ٤٠٪ بين النساء اللاتى يراجعن عيادات الأمراض النفسية والتناسلية معاً.

الأسباب:ـ

ومن العوامل الجنسية المؤثرة أن يكون الشعور بالألام الحادة فى منطقة الحوض راجع إلى عدوى فيروسية أو ميكروبية بالمهبل تؤدى إلى تلف أو عطب فى الأربطة الداعمة للرحم، وربما ينتج هذا التلف عن عملية ولادة متعسرة أو اعتداء جسدى غاشم، وربما يحدث عسر الجماع نتيجة التهاب الجدار الداخلى للرحم أو التهاب عنق الرحم، أو أمراض تؤثر على الجدار الداخلى للمهبل، ويحتاج الأمر عموماً إلى تشخيص طبيب متخصص فى الأمراض التناسلية.

كما أن هناك بعض العوامل النفسية الانفعالية والبينشخصية التى قد تكون مسئولة عن هذه المشكلة، كالخوف اللاشعورى من العملية الجنسية أو النفور الحسى من الزوج أو الزوجة وعدم الجاذبية الجسمية لكل منهما، والثقافة الجنسية الخاطئة التى لا تساعد على تعزيز الاتصال وتحبطه، كما أن بعض السيدات اللائى يعانين هذا الاضطراب يعانين شعوراً بالاضطهاد أو تعرضن للاغتصاب.

ب ـ التشنج المهبلى Vaginismus: (الذى لا يرجع لحالة طبية عامة)

هو تقلص لا إرادى فى العضلات الملساء فى الثلث الخارجى من المهبل مما يجعل عملية إيلاج القضيب داخله صعبة إن لم تكن مستحيلة، وقد يحدث ذلك فى حالات معينة (إضطراب مؤقت) أو فى جميع الحالات، وقد يحدث التشنج المهبلى أحياناً أثناء فحص الحوض (المس المهبلى) فتعوق دخول المنظار الفاحص.

المحكات التشخيصية للتشنج المهبلى (DSM. IV, 1994)

أ ـ تقلصات معاوده أو مثابرة غير إرادية فى عضلات الثلث الخارجى من المهبل تعوق أو تربك المعاشرة الجنسية (الجماع).

ب ـ يسبب الإضطراب أسى ملحوظ أو صعوبة بينشخصية.

جـ ـ لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بواسطة اختلال أخر، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار، أو لحالة طبية عامة.

ويتم تشخيص هذا الإضطراب بناءً على فحوص بيولوجية، حيث يحدث رد فعل عضلى مضاد عند اختبار المريضة بأصبع واحد one-finger Insertion

نسبة الانتشار:ـ

رغم قلة هذا الإضطراب إلا أن وجوده يعوق تماماً أى اتصال جنسى طبيعى، وغالباً ما يحدث منذ أول مرة للجماع، وعادة ما يكون الإضطراب دائم أو مزمن ما لم يتم علاجه بنجاح، وقد يحدث الإضطراب فجأة بسبب صدمة أو مأساة جنسية أو لظرف طبى عام، وينتشر أكثر بين ذوات المستويات المرتفعة تعليمياً وخاصة إذا كن ينحدرن من طبقات اجتماعية اقتصادية مرتفعة أيضاً.

الأسبـــاب:ـ

يغلب تأثير العوامل النفسية والتربوية على العوامل العضوية المولدة لهذا الإضطراب، فرغم أن الفتاة قد ترغب فى الممارسة الجنسية إلا أنها تنقبض لا شعورياً لمنع اختراق القضيب لمهبلها وتتصوره وكأنه سلاح قد يؤذيها، وقد يكون السبب صدمة جنسية مثل الاغتصاب وأحياناً الألم من الجماع الأول الذى يتمزق فيه غشاء البكاره هو الذى يسبب التقلص المهبلى، وأحياناً تكون القيم التربوية المضادة للجنس هى المسئولة عنه، وقد يكون التقلص المهبلى بسبب سوء معاملة الزوج، وهذا رفض له (محمود حمودة: ١٩٩١) وقد يكون نتيجة الخوف من الحمل وتبعاته مثل تشوه صورة الجسم، وفقد المظهر والجاذبية الجسمية وألام الولادة ومسئوليات رعاية الأطفال وتربيتهم.

الاختلال الجنسى الوظيفى الذى يرجع إلى حالة طبية عامة:ـ

ويشمل كل الاختلالات الجنسية التى ترجع لمرض عضوى مزمن أو مؤقت يصيب الجهاز العصبى أو الغدى أو البولى التناسلى او أى منطقة أخرى بالجسم، وتتضمن محكاته التشخيصية ما يلى:ـ

أ ـ اعتلال جنسى ذو دلالة اكلينكية ينتج عنه أسى واضح أو صعوبة بينشخصية تغلب على الصورة الاكلينيكية.

ب ـ يوجد دليل من تاريخ الحالة والفحص البدنى أو نتائج الفحوص المعملية أن الاعتلال الجنسى يفسر بشكل كامل بالتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لحالة طبية عامة.

جـ ـ لا يفسر الإضطراب بشكل أخر عن طريق اضطراب عقلى مثل اختلال الاكتئاب الرئيسى.

الاختلال الجنسى الوظيفى الناتج عن مادة (أو عقار):ـ

ويشمل كل الاختلالات الجنسية التى سبق ذكرها والتى يرجع إلى مادة أو عقار يُساء استخدامه أو دواء كالكحوليات والمخدرات والمنومات والمهلوسات ومضادات القلق أو الاكتئاب أو علاج طبى لمرض عضوى. وتتضمن محكاته التشخيصية ما يلى:ـ

أ ـ اعتلال جنسى ذو دلالة اكلينكية ينتج عنه أسى واضح أو صعوبة بينشخصية تغلب على الصورة الاكلينكية.

ب ـ يوجد دليل من التاريخ والفحص البدنى أو نتائج الفحوص المعملية على أن الاعتلال الجنسى يمكن تفسيره تماماً باستخدام مادة كما يتضح من (ا)، (٢).

(١) الأعراض فى المحك (أ) تطورت أثناء أو خلال شهر من التسمم بمادة.

(٢) الاستخدام الدوائى يرتبط سببياً بالإضطراب.

جـ ـ الإضطراب لا يمكن ارجاعه بشكل أفضل لإعتلال جنسى غير ناتج عن مادة، والدليل على أن الأعراض يمكن تفسيرها بشكل أفضل بواسطة اعتلال

جـ ـ الإضطراب لا يمكن ارجاعه بشكل أفضل لاعتلال جنسى غير ناتج عن مادة، والدليل على أن الأعراض يمكن تفسيرها بشكل أفضل بواسطة اعتلال جنسى لا يرجع لمواد قد يشتمل على ما يلى: الاعراض تسبق حدوث استخدام المادة أو الاعتماد عليها (الإدمان، او الاستخدام العلاجى) وتثابر الأعراض لفترة كافية من الوقت (مثلاً حوالى شهر) بعد توقف التسمم أو تكون زائدة بشكل واضح عما يتوقع بمعلومية نوع وكمية المادة المستخدمة أو مدة الاستخدام، أو يكون هناك دليل أخر يوحى بوجود اعتلال جنسى غير ناتج عن مادة (مثلاً: تاريخ من النوبات المعاودة غير المرتبطة بمواد).

مع ملاحظة أن هذا التشخيص يُعتمد بدلاً من تشخيص الإضطراب على أنه تسمم بمادة عندما يكون الاعتلال الجنسى زائد عن المعتاد، وأن يصحب زملة أعراض التسمم، وكذلك عندما يكون الاعتلال شديداً بدرجة كافية ليستدعى انتباهاً اكلينكياً مستقلاً، وقد وضع الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية رقم كودياً للاختلالات الجنسية المصاحبة لكل مادة أو عقار (مثلاً: ٢٩١,٨ للكحول، ٢٩٢,٩٨ للأمفيتامينات أو المواد الشبيهة بالأمفيتامنيات.. وغيرها..) (DSM. IV, 1994)

العلاج: سوف نتعرض فى هذا الجزء إلى العلاج الطبى والنفسى للاختلالات الجنسية الوظيفية لكل من الرجل والمرأة على حده على النحو الأتى:

١ ـ علاج الاختلالات الجنسية الوظيفية للرجل:ـ

أ ـ العلاج الجراحى: يمثل العلاج الجراحى تطوراً كبيراً فى علاج الضعف الجنسى وخاصة فى حالة ارتخاء القضيب، ويتم ذلك من خلال عملية جراحية تعرف بزرع القضيب Penil Implant، وذلك بإدخال ساق rod شبه صلبه أو جهاز هيدروليكى يمكن به نفخ القضيب لإحداث الانتصاب، حيث أنه من الصعب حدوث عملية القذف أثناء ارتخاء القضيب، ومن ثم فإن انتصابه يجعل عملية القذف ممكنة، وبدراسة حالة (٥٢) رجل تم لهم جراحة زرع القضيب قرورا أن الجراحة تمت بنجاح، وأن ٩٠٪ منهم اختاروا الجراحة مرة ثانية إذا ما واجهوا نفس المشكلة، إلا أن ٢٥٪ قرورا عدم وجود رضا كاف بالنتائج، فقد أزعجهم حجم القضيب وصلابة انتصابه، وقلت حساسيتهم بالمتعة أثناء عملية القذف، فضلاً

عن هذه المشكلات فإننا لا نعرف سوى القليل عن الأثار طويلة المدى لهذه الجراحة، وأثارها النفسية على الخبرات الجنسية لكل من الزوج والزوجة (Melman & tiefer 1992)

ب ـ العلاج الدوائى: يعد العلاج بالعقاقير من أشهر الأساليب الطبية التى تستخدم لعلاج الاختلال الجنسى الوظيفى للذكور، حيث يتم الحقن بعقاقير مثل البابفرين papaverine، وهذا العقار من شأنه أن يحدث استرخاء فى العضلات الملساء، ويسمح لمزيد من الدم بالتدفق إلى القضيب، وبعد حوالى ١٥ دقيقة من الحقن يحدث انتصاباً كلياً أو جزئياً، ويستمر ذلك فترة زمنية تتراوح بين ساعة وأربعة ساعات، وعادة ما تُستخدم هذه العقاقير فى تزواج مع العلاجات الاخرى حتى لو كانت مشكلات الانتصاب تحدث بسبب عوامل نفسية. وفى دراسة قام بها التهوف وأخرون Althof et al 1991 لاختبار تأثير الحقن الذاتى بالبابفرين والفيتولامين على ٤٢ رجل حيث اتضح أن ٨٣٪ من الرجال قد شعروا برضا كامل عن عملية الانتصاب وأنهم حقنوا انفسهم بمتوسط خمس مرات شهرياً، كما قرر هؤلاء الرجال أنهم أصبح لديهم معدلات أعلى من الجماع ولديهم هزات جماع أو تهيج جنسى أكثر إشباعاً، وإشباع جنسى أفضل، وأنهم أصبحوا أقل اكتئاباً وقلقاً ومستوى أعلى من تقدير الذات. إلا أن الحقن الذاتى بالعقاقير له حدوده فقد تم قبوله جيداً من حوالى ٤٠-٥٠٪ من الحالات التى عولجت بهذه الطريقة، كما أن العلاج بالأدوية له أيضاً أثاره الجانبية السلبية مثل: إضطراب وظائف الكبد، واستمرار عملية الانتصاب حتى فى حالة عدم وجود مثيرات جنسية.

واستخدم العلاج الهرمونى مثل الحقن بهرمون التستسترون فى علاج إضطرابات الانتصاب عندما كان سبب هذا الفشل هو النقص الهرمونى، ولكن هذا المنحى يعد قليل الفائدة إذا كان النشاط الهرمونى للرجل فى مستواه الطبيعى.

جـ ـ العلاج النفسى: تنبثق معظم الطرق الحديثة فى العلاج النفسى للضعف الجنسى للذكور من فنيات ماسترز وجونسون (١٩٧٠)، فالافتراض الجوهرى لهذا العلاج يرتكز أساساً على أن الضعف الجنسى يرجع أساساً إلى الخوف من الفشل

فى الأداء وطبقاً لذلك فإن فنيات العلاج قد صُممت للتغلب على هذا الخوف من خلال إزالة الحساسية والفنيات الأخرى كما يلى:-

أ - إزالة الحساسية Desensitization: دفالهدف الأساسى هو خفض قلق الأداء الذى يؤدى إلى خفض الشهوة، والخطوة الأولى هى أن نمنع أى نشاط جنسى لا يجد قبولاً من قبل المعالج، فإذا كان الجماع أمراً منفراً أو بغيضاً فإنه من الأفضل إزالة الضغوط المرتبطة به وجعله أمراً مفضلاً ومرغوباً. بعد ذلك يتم تقديم معلومات للزوجين فى كيفية البداية وتحقيق السعادة الجنسية والحسية المتبادلة أثناء المباشرة الجنسية ويتم إجراء هذا البرنامج على حسب استطاعة الزوجين، دون تحديد أهداف صارمة لأن الهدف منه إزالة الحساسية والأداء بفاعلية.

ب - التركيز الحسى sensate focus: ويقصد بالتركيز الحسى هو التفاعل الحسى والجنسى المتبادل بلا هدف بين الشريكين وتتضمن الإثار الحسية والجسمية لكلا الزوجين كل منهما من قبل الأخر. ومن ثم تعليم كلا الزوجين التفكير والإحساس ما يساعد على منح واستقبال المثيرات الحسية والجسمية السارة أولاً عن طريق الالتحام الجسدى/ وغير الجنسى وثانياً عن طريق مثيرات جنسية معينة، فالهدف الأساسى من تدريبات التركيز الحسى هى:

١- زيادة التواصل اللفظى وغير اللفظى بين الزوجين

٢- تعليمهم أن الإشباع أو الرضا الجنسى ليس بالضرورة أن يعتمد على الجماع ومن ثم عندما تحدث الاستثارة الجنسية أثناء هذه المهام يكون العلاج قد أدى دوراً لا بأس به فى هذه المرحلة.

جـ - التركيز على القرين Focus on couples: إنه لمن المفضل أن يشارك كلا الزوجين فى البرنامج العلاجي، حتى لو كان من الواضح أن واحداً فقط منهما هو المصاب بالضعف الجنسى، حيث أن التأكيد على علاج كلا الزوجين يعنى الأهتمام بتحسين عملية التواصل المتبادل بينهما كشخصين كما أن عدم علاج كلا الزوجين معاً سيؤدى بالقرين غير المشارك فى العلاج إلى تخريب أثار العلاج سواء بشكل عارض أو بشكل مقصود بسبب ما يعانيه من صراعاته الانفعالية، والبينشخصية.

ويمكن أن يعاد تفصيل هذا البرنامج ليناسب الأنواع المختلفة من المشكلات الجنسية، ولكن من المعروف بين المعالجين أن الرغبة الجنسية الزائدة هى أكثر المشكلات الجنسية صعوبة فى علاجها، حيث وجد المركز القومى الأمريكى لعلاج الجنسى فى الثمانينات من القرن العشرين أن مرضى الرغبة الجنسية الزائدة يحتاجون إلى عدد كبير من الجلسات العلاجية عما يحتاجها الأفراد ذوى الإضطرابات الجنسية الأخرى وكان معدل نجاح العلاج معهم أقل من ٥٠٪.

أما علاج مشكلات الانتصاب فيمكن أن تبنى أيضاً على برنامج ماسترز وجونسون حيث يعطى الزوجين تعليمات بالاستمرار على فنية التركيز الحسى حتى تتم عملية الانتصاب، وبعد ذلك تستخدم المرأة فنية الإثارة teusing technique التى تتم بمداعبة القضيب حتى ينتصب ثم الاسترخاء معاً حتى يتلاشى الانتصاب وإعادة هذه العملية مرات عديدة، وتدريجياً يزول خوف الرجل من فقد عملية الانتصاب وعدم استعادتها خاصة أثناء الالتقاء الجنسى، وتستمر عملية العلاج بمساعدة الزوجة مما يجعلها أكثر سهولة حيث يقوم الزوج بإيلاج قضيبه بعد انتصابه فى فرجها دون أى ضغط، ويتبع هذه المرحلة استمرار عملية الإيلاج إلى أن تتم عملية القذف. ومثل أى مشكلة جنسية أخرى فإن عملية الانتصاب يتم عادة إعاقتها بسبب العلاقات المضطربة أو غير المستقرة بين الزوجين، ولذلك فإن العلاج لا يجب أن يقتصر على تعليم الفنيات الجنسية للزوجين بل أنه قد يكون من الضرورى أحياناً أن يبدأ بعلاج المشكلات الزواجية للتغلب على العجز الجنسى فى هذه الحالة. ومن الفنيات العلاجية المستخدمة فى هذا الإطار ما يعرف باتفاقية حسن النية التى وضعها ستيورات (١٩٦٩) والتى نجح بمقتضاها فى مساعدة أربعة أزواج فى تحسين مستوى رضاهم الزواجي وزادت عدد مرات الاتصال الجنسى بعد بداية البرنامج واستمر بعد ذلك فى الدراسات التتبعية (محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨).

أما عن علاج القذف المبكر (الدفق المبتسر) فيتم علاجه باستخدام فنية الضغط أو العصر Squeeze technique حيث تقوم الزوجة باستثارة الزوج إلى أن تحدث عملية الانتصاب، ولوقف عملية القذف بعد فترة قصيرة تقوم بالضغط بيدها على القضيب لمدة ٣-٤ ثوان مستخدمة فى ذلك أصبع الإبهام والأصبعين المجاورين فى نفس اليد، ويعمل هذا الضغط على إيقاف حث الزوج على القذف،

وتكرر نفس العملية بعد ٣٠ ثانية تقريباً، وباستخدام هذا الأسلوب يصبح الزوج قادر تدريجياً على الإبقاء المتزايد لمدد أطول فى عملية الانتصاب بدون القذف المبتسر، والخطوة التالية تتم أثناء الجماع، حيث يتم إيلاج القضيب ثم يبقى كلا الزوجين بلا حركة لخفض حدة الاستثارة ثم تستمر المباشرة بشكل بطئ، فإذا شعر الزوج بأنه على وشك القذف فإن عليه ان ينهى عملية الجماع وأن تباشر الزوجة ثانية فنية الضغط أو العصر ثم يعودا معاً لعملية الإيلاج من جديد، ويفضل فى هذه الحالة ان يكون الزوج أسفل الزوجة حتى تبعد جسدها بمجرد شعوره بالرغبة فى القذف كما يعجل ذلك من سرعة قيامها بعملية الضغط ولكن من المهم أن يعرف الزوج متى تحدث عملية القذف وأن يوصل ذلك إلى زوجته إذا كانت راغبة فى مدة أطول من الجماع، ولكن إذا انتظر فسوف يحدث القذف حتما وسوف يكون غير قادر على منعه إطلاقاً إن بدأ.

ومن الأهمية بمكان للأشخاص الذين يعانون من الاختلالات الجنسية الوظيفية هو نمط حياة هؤلاء الأفراد ودورها فى علاج هذه المشكلات، ففى الدراسة التى قام بها فيلدمان وأخرون ١٩٩٤ والتى سبق الإشارة اليها وجد أن عدد من أنماط الحياة يمكن أن تحسن من عملية الانتصاب مثل: تحسين النظام الغذائى، والإقلاع عن التدخين، وعدم احتساء الخمر أو الكحوليات وتجنب الضغوط والتوتر أو سرعة التغلب عليها.

٢ـ علاج الاختلالات الجنسية الوظيفية للمرأة:ـ

معظم المفاهيم والإجراءات العلاجية التى تُستخدم لعلاج الضعف الجنسى للرجل تعد ملائمة وتؤتى ثمارها فى حالة استخدامها لعلاج الضعف الجنسى للمرأة. فالمراة كالرجل على السواء تستفيد من خفض ضغط الأداء أثناء المباشرة، ومن تطوير ارتباطات لفظية وغير لفظية، كما يلعب التركيز الحسى دوراً فى أن تظهر لزوجها ما تجد فيه وما لا تجد فيه أى إثارة جنسية بدلاً من أن تكون سلبية تتركه يفعل ما يعتقد أنها ترغبه منه. ويقوم المعالج بإرشاد الزوجين إلى أوضاع جنسية أكثر إثارة وأكثر إمتاعاً مؤكداً على أهمية عامل الوقت فى العلاقة الجنسية.

وعلى سبيل المثال فقد لاحظ ماسترز وجونسون (١٩٧٠) أن الأزواج ذوى الميول الجنسية الغيرية عادة ما يكون لديهم نشاط جنسى مُباح يبدأ باستثارة بظر

زوجته مع بداية النشاط الجنسي، لكن هذه الاستمالة قد لا تكون مؤثرة إن لم تكن سارة بالنسبة للمرأة أو إذا كانت غير متأهبة نفسياً لذلك، وبدلاً من ذلك تعلم هؤلاء الرجال إستثارة مناطق غير تناسلية (بعيدة عن الفرج) فى جسد شريكته ليحقق إثارة تدريجية قبل الانتقال إلى المداعبة المباشرة للأعضاء التناسلية، كما أن الانماط المتنوعة والخيالية من الاستثارة الجنسية قد تبعث على المتعة الحسية والجنسية للمرأة ويختلف ذلك عن النمط الجنسي الشائع بين الزوج والزوجة والذى يتضمن مجرد مداعبة سريعة متبوعة بتوجه سريع من قبل الزوج نحو الجماع، ويتبع ذلك القيام بتمرينات التركيز الحسى والتى تشتمل على تعليم المراة اكتشاف إحساسها الجنسى الذاتى من خلال لمسها لجلدها وثديها وأعضاءها التناسلية مع ملاحظة أعضاءها التناسلية خلال شعورها بالنشوة، ثم يواصل الزوجين تدريجياً رغبتهما فى عدم إيلاج القضيب، واذا كانت المراة فى الوضع الأعلى أمكنها أكثر التحكم فى سرعة الإيلاج.

ولا أرى فى هذا السياق أروع ولا أجمل من قول المصطفى صلى الله عليه وسلم لجابر رضى الله عنه حين سأله "تزوجت بكراً أم ثيباً؟ قلت: تزوجت ثيباً، قال هلا بكراً تلاعبها وتُلاعبك". وقال علية الصلاة والسلام "أكمل المؤمنين إيماناً أحسنهم خلقاً ألطفهم لأهله ـ يعنى زوجه" حيث أن الرجل مندوب إلى ملاعبة زوجه إلى حد يظُن معه أنه قد أرضاها، وهى بالمقابل مأمورة شرعاً أن لا تمنع من نفسها شيئاً عنه ما دام ذلك فى حدود الأدب الاسلامى وهو بالطبع أدب إنسانى (حسان قمحية وأخرون: ١٩٩٣)

فحسن المعاشرة والملاطفة والكلمة الطيبة والإشباع الجنسى الطبيعى قد يكون أجدى بكثير مما يستخدمه الغرب اليوم من ممارسة العادة السرية وأجهزة الاهتزاز الكهربية لتحقيق الاستثارة الجنسية والوصول إلى هزة الجماع لدى الزوجات اللاتى لم يحققن ذلك، ولا مانع فى ذلك من الحقن بالاستروجين (هرمون الأنوثة) إذا كان الخلل الجنسى الوظيفى يرجع إلى نقص هذا الهرمون.

ثانياً: إضطرابات العهر أو الفحش paraphilias

تخلط دراسة الجنس بين العلم الحديث والقضايا الاجتماعية كالقضايا الأخلاقية والسياسية وعلى غير المتوقع فقد يؤدى هذا الخلط إلى جدلاً أو خلافاً، فأى تحليل للسلوك الجنسى يتطلب منا أن نفكر ملياً فى الأخلاقيات والقانون وانماط الحياة والتأثيرات الثقافية والأسس النفسية والبيولوجية للسلوك دون أن ننخلع بذلك

عن إطارنا الدينى والعقائدى، فأغلب الناس ينخرطون فى أنشطة جنسية تقع ضمن إطار التقاليد السوية للمجتمع ولكن القلة منهم قد تستثيرهم أشياء غريبة تخرج عن إطار التقاليد السوية، وقد وضع الدليل الإحصائى والتشخيصى للأمراض العقلية DSM. IV 1994 هذه الفئة من الإضطرابات تحت عنوان إضطربات العهر أو الفحش paraphilias وهى كلمة يونانية مكونة من مقطعين هما para وتعنى فيما وراء beyond او لا تسئ قصدى amiss، والمقطع الأخر philia وتعنى الحب وحدد الدليل الملامح الإساسية لهذه الإضطرابات بأنها تكون عبارة عن خيالات أو سلوك أو دفعات جنسية نحو أشياء غير أدمية أو نحو الذات أو الأطفال أو أشخاص مُحرمين شرعاً على الفرد بحيث يتحقق من ذلك نوعاً من الاستمالة واللذه أو المتعة ويستمر الاضطراب لستة شهور على الأقل، وبالإضافة إلى أن كل هذه السلوكيات مرفوضة إجتماعياً أو محرمة شرعاً فإنها قد توقع صاحبها تحت طائلة العقاب وخاصة إذا تحولت من إطار التخيل إلى إطار السلوك الفعلى كالاستعراء وعشق الأطفال والتلصص البصرى.

وقد وضعت هذه الفئة من الإضطرابات فى السابق تحت عنوان (الانحرافات الجنسية) ولكن المشكلة التى صادفت العلماء فى ذلك هى صعوبة بل واستحالة تعريف ما هو الانحراف أو اللاسوية. فالانحراف يوجد عبر الثقافات لأى صورة من صور التعبير الجنسى المنحرف ولكن بعضها هو الذى لم يلقى القبول الاجْتماعى، كما يلمح هذا المصطلح إلى إصدار حكم من نوع ما على الفرد الذى يأتى هذا السلوك. ولكن مصطلح العهر أو الفحش أكثر دقة فى الوصف وأقل ميلاً لإصدار الأحكام، ولعلى أكون أكثر إنصافاً إذا قلت أن افضل تعريف للسلوك اللاسوى بأنه "كل سلوك من شأنه أن يشعر الناس معه بشيء من التعاسة ـــ حتى ولو كانوا مقهورين عليه ـ أو يسبب لهم أو لغيرهم الهم والأذى ويرفضه الشرع والمجتمع" ويمتاز هذا التعريف بالشمول لأن ما يبدو سوياً فى مجتمع ما قد لا يبدو كذلك فى مجتمع أخر وقد تتغير اتجاهات المجتمع نحو قضايا معينة من وقت لأخر. ولكن اتخاذ الضرر الذى يقع على الذات والأخرين والخروج عن التشريع الدينى مؤشراً لعدم سوية السلوك أمراً يحقق درجة أكبر من الثبات والقبول.

الوصف:ـ واجه الباحثون صعوبات غير عادية عندما حاولوا جمع معلومات دقيقة عن العهر أو الفحش، النتائج التى تم الحصول عليها عن الأشخاص الذين يعانون من هذه الإضطرابات تعد مصادر غير كافيه لأن معظم هذه الحالات لم يتم

القبض عليها أو توقيفها، ويعتقد أن الأشخاص الذين تم القبض عليهم ارتكبوا عادة عدد من المخالفات فى هذا السياق أكثر بكثير من مجرد المخالفة الواحدة التى قبض عليه بسببها، ولذلك يجب أن يعتمد الباحثون على معلومات مستمدة من الأشخاص المرتكبين للسلوك الفاحش أنفسهم، ولكن نظراً لأن سلوكياتهم ينظر اليها فى حالات كثيرة على أنها إجرامية ولذلك بقيت سلوكيات الفحش غير مفهومة السبب بسبب معارضة أو كراهية هذه الفئة الكشف عن سلوكهم، وكل المعلومات المتاحة عن حالات الفحش تأتى من الرجال الذين سُجنوا لسلوكهم الجنسى المنحرف، وحتى لو كان هؤلاء الأفراد رافضين للحديث مع الباحث، فإنه طبقاً لبروتوكلات السجون فإن الأشخاص الذين ارتكبوا جرائم جنسية مثل الاغتصاب، والاعتداء الجنسى على طفل يعد من حثالة المجرمين، وغالباً ما يتعرضون لمخاطر العنف من قبل المساجين الأخرين إن هم عرفوا طبيعة الجريمة التى ارتكبوها، ولذلك فإن معظم المراجع التى تصف طبيعة المنحرفين جنسياً تعتمد على معلومات محدودة جداً إن لم تكن غير دقيقة.

ومن الدراسات الرائدة فى هذا المجال دراسات أبل وأخرون Abel et al 1987, 1988 مستخدمين شهادة موافقة من الحكومة الفيدرالية الأمريكية تضمن لهؤلاء الباحثين خصوصية التعامل مع ٥٦ من المنحرفين جنسياً (بالعهر والفحش) غير المسجونين الذين يبحثون عن العلاج فى مركزين فى تنسى ونيويورك وبهذا الضمان كان لدى هؤلاء الرجال سبباً مقنعاً لعدم الاحتفاظ بمعلومات وثيقة الصلة بالمشكلة. وقد توصلت دراسات أبل ورفاقه إلى ثلاث نتائج هامة هى:-

١- تفترض الدراسات السابقة فى مجال الفحش إن متوسط عدد مرات الانخراط فى هذا السلوك أقل من مرتين، فى حين وجد ابل ورفاقه ١٩٨٧ أن العدد أكبر من ذلك.

٢- كان الاعتقاد السابق أن مرتكبى سلوك الفحش ينخرطون فى نوع واحد فقط من هذه السلوكيات ولكن أبل ورفاقه ١٩٨٨ وجدوا أن هؤلاء الأفراد ينخرطون فى المتوسط فى أكثر من عشرة أنواع مختلفة من هذا السلوك، ومن النادر أن تجد شخص من هذه الفئة له تاريخ من الانخراط فى سلوك أونوع واحد فقط.

٣- حالات العهر أو الفحش غالباً ما يكون لديهم علاقات جنسية عادية مع أقران راشدين ليس لديهم تخيلات أو نزوات سلوكية للفحش.

وطبقاً لتصنيف (DSM. IV, 1994) يندرج تحت هذه الفئة ثمانية إضطرابات هى:

١ـ الاستعراء (التعرى) Exhibitionism

وهو انحراف يتميز بنزوع الفرد للتعرى وإظهار أعضاؤه التناسلية لأشخاص لا يعرفهم، أو وجود دفعات قوية ومثابرة، وخيالات استثارة جنسية تتركز حول عملية التعريض أو الاستعراء هذه ويعرف أفراد هذه الفئة فى الثقافة الأمريكية بالوميضى Flasher ويناظرهم فى ذلك كاشفى العورة على قارعة الطريق أو فى الأسواق ويكون أحياناً بحجة التبول مثلا:

المحكات التشخيصية للاستعراء (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة ستة شهور على الأقل توجد تخيلات احتياج جنسى مركزة ورغبات جنسية أو سلوكيات تشتمل على تعريض الأعضاء التناسلية لشخص غريب غير متشكك unsuspecting.

ب ـ تتسبب التخيلات والرغبات الجنسية أو السلوكيات فى أسى اكلينكى جوهرى أو قصور فى مجالات الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرهما من مجالات الأداء الهامة.

وقد يكون ضحايا هذا الإضطراب راشدين أو أطفال، ومتوسط أعمار حالات الاستعراء حوالى ٣٠ سنة، وحوالى ثلث هؤلاء الرجال من المتزوجين، والثلث الثانى من المطلقين والأرامل، والثلث الأخير من غير المتزوجين إطلاقاً. وقد يشعر بأنه مقهور على تصرفه هذا، ولكنه قد يشعر بالقلق من نتائج سلوكه والخطر المعرض له.

وعادة ما تمر هذه العملية بخمس مراحل هى:

١ـ مرحلة قدح الزناد The trigger: وهى مرحلة تطلقها تنبيهات ومثيرات وأحداث كالمشاعر السلبية (مثلا الغضب الناتج عن مناقشة حاده مع أحد الوالدين)، أومواقف استثارة حسية أو حتى طبيعية مثل (رؤية امرأة تقف وحدها فى محطة الاتوبيس)

٢ـ الخيال الجامح the fantasy: المثيرات المولده لخيالات التعريض والاستعراء تجعل هذا الشخص يتخيل التفاصيل الجسمية للمرأة وما يشعر به هو فى هذا الموقف وأحياناً يتطور خياله إلى ممارسة العادة السرية سواء أثناء الاستعراء أو بعده بقليل، وكلما كانت التخيلات أكثر عمقاً كلما كان الإلحاح والاندفاع أكثر قوة.

٣ـ الأفكار المعتله Dysfunctional thoughts: ينتاب المريض أفكار معتله أو مضطربه مثلاً: إننى لن أؤذى أحد، وقد يعتقد أن المرأة التى ستشاهده ربما يعجبها أو يريحها ذلك.

٤ـ الخطة the plane: ما أن يصل إلى درجة من القناعة بخياله وأفكاره يبدأ فى وضع الخطة المناسبه (من وجهة نظرة) لهذا السلوك، ففى حالة المرأة الوحيده التى تقف بمحطة الأتوبيس ربما يقود سيارته (أو مرتجلاً) حول المكان ذهاباً وعودة حتى يتأكد أن لا أحد يراقبه أو يراه ثم يقف بسيارته أمامها ويفتح الباب ويعرض أعضاءه.

٥ـ التنفيذ acting out: ما أن يضع خطته لا يفكر الفرد فى العودة للخلف ويستجيب لمشاعر النشوة أو اللذه وكأنه دخل حالة من الغشية، ويتجاهل تماماً أثار هذا التصرف..

بعض الكتاب يرون أن معظم حالات الاستعراء يميلون لأن يكبحوا سلوكهم، ويهدفون من وراء ذلك عدم ربط هذا الإضطراب بعلم الأمراض النفسية والعقلية بل ويصورونه شخص مساير لعادات المجتمع. وأنهم يشعرون بالذنب إزاء مشكلتهم ويحاولون استعادة السيطرة على تصرفاتهم ويستجيبون جيداً للعلاج. ولكن ضمن هذه الفئة عادة ما نجد مجموعة صغيرة لها تاريخ من السلوك المضاد للمجتمع، واختلالات فى الشخصية والانخراط فى أنشطة أخرى غير مشروعة، وقد وجد أبل ورفاقه ١٩٨٨ أن حالات الاستعراء عادة ما يشتركون فى أنماط أخرى من الفحش فحوالى ٤٦٪ منهم قاموا بالاعتداء على فتيات صغيرات السن (عشق الأطفال)، وأن العديد منهم قرورا أنهم مارسوا العدوان الجنسى، وأن ٢٥٪ قالوا أنهم اغتصبوا شخصاً ما ويتعارض ذلك مع اعتقادات الاستعرائيين بأن سلوكهم غير ضار بالأخرين وأنه مصدر إزعاج فقط.

٢ـ الفيتشية Fetishism:

انحراف يتخير صاحبة فيه جزءاً من جسم الإنسان أو شيئاً من ملابسه هو الحذاء فى أكثر الحالات شيوعاً، بل أن مجرد التطلع إلى الحذاء أو لمسه ليكفى فى بعض الحالات الشديدة إلى الوصل للقذف، أى أن الفرد هنا لا يكون بحاجة إلى شريك من البشر حتى تحصل الخبرة الجنسية، والفتشيه فيما يبدو أكثر شيوعاً بين الرجال منها بين النساء، والشيء قد يكون نوعاً من الدانتيلا، أو الحرير أو العطور أو الصابون أو الشعر أو العيون أو الأيدى أو الأذن، والفتشيه تشبه ولكن فى صورة مبالغ فيها ذلك الميل السوى إلى الأعجاب بتلك الأشياء التى ارتبطت بالشخص المحبوب، وهكذا نجد المرأة قد تمجد الخاتم الذى يلبسه حبيبها والرجل بدوره يقدس الارض التى تمشى محبوبته عليها (ريتشارد سوين ١٩٧٩).

المحكات التشخيصية لاضطراب الفتشية (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر توجد تخيلات جنسية مثيرة أورغبات جنسية أو سلوكيات متكررة ومركزة تشتمل على استخدام موضوعات غير حية (مثلاً مقتنيات خاصة بأنثى).

ب ـ تتسبب التخيلات والرغبات أو السلوكيات الجنسية فى أسى كلينكى جوهرى أو قصور فى جوانب الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرها من مجالات الأداء الهامة.

جـ ـ موضوعات الفتشيه لا تقتصر على قطع من ملابس النساء التى تُستخدم للجنسين (كما فى حالات الفتشية العابرة) أو الأدوات المصممة للتنبيه الجنسى اللمسى (مثلاً مولد الاهتزازات vibrator).

وتشير المحكات التشخيصية للإضطراب أن مجرد التخيل لهذه الأشياء التى يعتقد أنها غالباً ما تكون الملابس الداخلية للنساء يؤدى للإثارة الجنسية، وغالباً ما يلمس المصاب بالفتشية هذه الأشياء برقة أو يشمها أثناء ممارسة العادة السرية، وبعض الناس قد تستثيرهم مجرد رؤية صورة لامرأة ترتدى حمالة صدر وشورت وجورب أومانيكان فى فترينة محل تُعرض عليها الملابس الداخلية لامرأة ولكن لا يعد هذا الشخص مصاب بالفتشية ما لم يركز تفكيره فى هذه الأشياء أثناء مباشرة العلاقة الجنسية مع الزوجة، وأمثال هؤلاء يميلون إلى الوحدة ونقص المهارات الاجتماعية.

٣ـ التحرش الجنسى (الاحتكاك): **Frotteurism**

تشتمل حوافز الاستثارة الجنسية فى هذا الإضطراب اللمس والاحتكاك الجسدى مع شخص من الجنس المخالف، وعادة ما يقوم المريض بعمله الشائن هذا فى أماكن الازدحام لتجنب معرفته (كشفه) وغالباً ما يصدر مثل هذا السلوك من شباب فى الأعمار من ١٥-٢٥ سنة (حسان قمحية وأخرون: ١٩٩٣)

المحكات التشخيصية للتحرش الجنسى (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر تكون هناك تخيلات جنسية مثيرة، ورغبات جنسية أو سلوكيات متكررة ومركزة تشتمل على الملامسة والاحتكاك بشخص غير موافق على ذلك.

ب ـ تتسبب هذه التخيلات والرغبات والسلوكيات الجنسية فى أسى أو قصور جوهرى فى الأداء الاجتماعى أو الوظيفى وغيرها من مجالات الأداء الهامة.

وسعياً نحو تحقيق هذا الهدف يميل هؤلاء الأفراد إلى حشر اجسادهم فى الأماكن المزدحمة كالأتوبيسات والمحلات، وحك أعضاءهم التناسلية فى فخذ أو أرداف الضحية أو يلامسون صدرها ومناطق قريبة من أعضاءها التناسلية بأيديهم، ويفعلون ذلك مصحوبة بتخيلات من الاستثارة والرغبة فى حمل الضحية على تكوين علاقة جنسية فعلية. وهم يعرفون أن عليهم أن يهربوا عقب سلوكهم هذا قبل أن يتم القبض عليهم.

٤ـ عشق الأطفال: **pedophilia**

تتجه الرغبة الجنسية فى هذا الإضطراب إلى الاتصال الجنسى مع أطفال من الجنس المخالف فى مرحلة ما قبل البلوغ أى تقل أعمارهم عن ١٣ سنة، وتتنوع الممارسات الجنسية فى هذا الإضطراب من مداعبة الأعضاء التناسلية للضحية وحتى الاتصال الجنسى الفعلى معها (الجماع)، وقد يكون المرتكب لهذا السلوك ذكر أو أنثى، وقد يكون الضحية ولد أو بنت فى أى عمر. وقد تناولت وسائل الإعلام فى الاعوام الأخيرة عدد من الأشخاص المتهمين بالاعتداء الجنسى على الأطفال مثل المغنى الأمريكى مايكل جاكسون ومنتج الأفلام ودى آلن

وروجت الصحف لهذه الفضائح بشكل هائل ودفعت الكنيسة الكاثوليكية فى أمريكا خلال العقد الأخير ملايين من الدولارات لتغطية التكاليف القانونية والتسويات المالية التى نتجت عن العديد من الاتهامات ضد القساوسه الذين اعتدوا على فتيان وفتيات صغار (Wilson, G.t. et al, 1996)

المحكات التشخيصية لعشق الأطفال (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر تكون هناك تخيلات جنسية مثيرة أو رغبات أو سلوكيات جنسية متكررة ومركزة تشتمل على نشاط جنسى مع طفل أو أطفال دون البلوغ (عادة فى أعمار ١٣ سنة أو أقل).

ب ـ تتسبب هذه التخيلات والرغبات الجنسية أو السلوكيات فى أسى كلينكى جوهرى أو قصور فى الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرهما من المجالات الهامة.

جـ ـ يكون الشخص فى عمر ١٦ سنة على الأقل، وأكبر بخمس سنوات على الأقل عن الطفل أو الأطفال المذكورين فى المحك (أ).

ملحوظة١: لا يتضمن ذلك الإضطراب الأفراد فى مرحلة المراهقة المتأخرة المشاركين فى علاقة جنسية سارية ongoing مع أشخاص أعمارهم ١٢ أو ١٣ سنة.

ملحوظة٢: يحدد ما إذا كان منجذب جنسياً للذكور، أو للإناث، أو لكلا الجنسين، أو محدود بسفاح المحارم (ذوى القربى).

وعادة ما يبدأ هذا الاضطراب فى المراهقة، على الرغم من أن بعضهم يذكر أنه لم ينجذب للأطفال إلا فى وسط العمر، وعادة ما يتكرر الاضطراب مصاحباً للضغوط النفس اجتماعية، ولكنه فى الغالب إضطراب مزمن وخاصة لدى المنجذبين للذكور الذين تبلغ نسبتهم ضعف المنجذبين للإناث تقريباً.

فى يوليو من عام ١٩٨٥ قامت مجلة Los Angeles times باتصالات هاتفية مع عينة عشوائية قوامها ٢٦٢٧ رجل وامرأة من كل الولايات الأمريكية، وجدت نتائجها أن حوالى ٢٧٪ من النساء، ١٦٪ من الذكور قد تعرضوا فى طفولتهم لإساءة المعاملة الجنسية وذكر أغلب هذه الحالات أنه تم معهم اتصالاً

جنسياً بالفعل، وأن حوالى ثلث هؤلاء الأشخاص لم يبوحوا لأحد على الاطلاق بما حدث، ٣٪ فقط هم الذين أبلغوا الشرطة. وتشير هذه الارقام إلى مدى انتشار الإساءة الجنسية للأطفال ولكن فى الخفاء، فربما يكون الأطفال خائفين من أن يخبروا أباءهم عما حدث لهم، كما أن الأشخاص الولعين بالأطفال عادة ما يكونوا بارعين فى التحايل على ضحاياهم بغرض مشاركتهم هذا السلوك الفاضح، ويظلوا بعد ذلك هادئين، وحتى لو اكتشف الأباء أن أبناءهم قد تعرضوا لاستغلال جنسى فإنهم أحياناً لا يرغبون فى إبلاغ الشرطة أو مؤسسات حماية الأطفال خشية النظرة السلبية وغير المُرضية من المجتمع.

إن الوعى الجماهيرى ومن المتخصصين بهذه الأحداث المفزعة حول الإساءة الجنسية للأطفال سواء داخل أو خارج الأسرة تبدو كأنها ظاهرة حديثة، ولكن المشكلة قد تم تناولها بشكل مهنى منذ أكثر من مائة سنة من قبل فرويد، فجميع مرضاه من النساء اللذين كن يعانين من الهستريا ذكروا أنه تم الاعتداء عليهن جنسياً فى الطفولة، وفى معظم الحالات كان المُعتدى هو الأب ويعرف هذا النوع من العدوان الجنسى بسفاح المحارم أو سفاح ذوى القربى Incest، واعتقد فرويد أن الاعتداء الجنسى على الطفل هو السبب الأساسى للإصابة بالإضطرابات العصابية فى الرشد. وتعرف هذه الفكرة بنظرية الإغراء العصابى Seduction theory of neurosis وتم رفضها كلية من قبل زملاء فرويد مثل أدلر ويونج، وبعد سنتين غير فرويد رأيه فى سبب العصاب، وقرر أن مرضاه لم يخبروا بالفعل التعرض لسفاح المحارم، ولكنهم كانوا يرغبون لا شعورياً فى ممارسة الجنس مع أباءهم، وقد سميت هذه النظرية الجديدة بنظرية الجنسية الطفولية Theory of infantile sexuality والتى أصبحت فيما بعد حجر الزاوية فى التحليل النفسى.

ويبدو أن تخلى فرويد عن نظرية الإغراء كان خطأ لأسباب عديده، فقد عرفنا اليوم أن فرويد كان محقاً فى نظريته الأولى، وهى أن الاعتداء أو الإساءة الجنسية إلى الطفل تساهم بصورة جلية فى تطور المرض العقلى فيما بعد، وعرفنا أنه فى السابق كان يُساء تفسير اعترافات النساء المريضات عن الاعتداء الجنسى.

وفى دراسة قام بها آبل ١٩٨٩ على ٤٥٣ من الذكور مصـــابين بالاشـتهاء الجنسـى للأطفال حيث القى الضوء على المزيد من أبعاد هذا الإضطراب. بالنسـبة للرجـال فهم أكثر اعتداءاً على البنات مـن اعتدائهـم علـى الأولاد ولكـن الذيـن يعتدوا علـى الذكور غالباً ما يكررون ذلك، وذكر ٦٣٪ من الحالات أن ضحاياهم مـن الذكـور، وذكر العديد منهم انهم اغتصبوا كل من الذكور والأناث، وأن الضحايـا قد يكونـوا من داخل أو خارج الاسرة، كما أن الأطفال الضحايا والقـائمين بـالعدوان الجنسـى عليهم قد ينحدرون من كل المستويات الاقتصادية الاجتماعية، ومن كل المستويات التعليمية ولا فرق فى ذلك بين الزنوج والبيض، وغالبا ما يحاول المعتـدون تـبرير سلوكهم، كأن يقولوا بأن الأطفال الذين لا يقاومونهم جسديا بالتأكيد فهم يرغبون فى ممارسة الجنس معهم، أو بأنهم يقدمون خدمة جليلة نحــو هـؤلاء الأطفـال بتعليمهـم الجنس بدلاً من أن يبقوا يعانون الأمية الجنسية.

وكمثل الأنواع الأخرى من إضطرابات الفحش، فإن حـالات عشـق الأطفـال ربما ينخرطون فى صور أخرى من الاضطرابات كالاغتصاب، أو سفاح المحـارم (الذى يكون فيـه بيـن العاشـق والضحيـة صلـة قُربـى) وغيرهمـا. وتمـيز المراجـع العلمية بين التحرش الجنسى بالطفل الذى يعد أو لا يعد من سـفاح المحـارم، حيث كان يعرف فيما سبق بالانجذاب الجنسى لضحية أصغر سناً من سابقتها، وتـرى أن الانماط الشائعة من سفاح المحارم عن طريق التحرش الجنسى بطفل عادة ما يكون فيه الرجل (المعتـدى) واقـع تحـت ضغـط مـادى ونفسـى يجعلـه يستدير إلـى ابنتـه للحصـول منها علـى الدعـم العـاطفى أو إظهـار التعبير الجنسـى الـذى عجـز عـن الحصول عليه من زوجته، ولكن إذا كان هذا الكلام صحيح فلماذا لا يسعى لتكويـن علاقة جنسية مع إمرأة راشده خارج نطـاق الـزواج (طالمـا أن عقيدتـه لا تبيـح لـه تعدد الزوجات) وما الذى يجعله يستدير إلى الطفل؟ لقد رفض أبـل ورفاقـه ١٩٨٨ وجهة النظر التقليدية هذه واستنتج أن عاشق الأطفال الذى يمـارس سفاح المحـارم يستدير إلى طفل لانه منجذب بشكل عام إلى البنات أو الأولاد الصغـار، وان نسبة كبيرة من الذيـن تحرشـوا جنسياً ببنـاتهم وأولادهـم تحرشـوا جنسياً كذلـك بأطفـال صغار من خارج نطاق الأسرة.

٥ ـ المازوخية الجنسية Sexual Masochism

المازوخية أو المازوكية لفظة مشتقة من أسم القصصي النمساوى ليوبولد ساشر مازوخ L.Sacher-Masoch (١٨٣٦- ١٨٩٥) الذى كان طابع شخصياته القصصية هو الحصول على اللذة الجنسية من خلال التعذيب، وتشمل هذه الحالة التى كثيراً ما تترافق مع السادية انحرافاً جنسياً يتم بموجبه الحصول على النشوة الجنسية من خلال المعاناة أو التألم الجسدى، ويبغى المصابون بهذا الإضطراب تعذيب الأخرين لهم وإذلالهم لكى ينجزوا رغباتهم الجنسية، ويجرى وضع التشخيص إذا تبين سعى المريض بقصد وإرادة إلى تعذيب نفسه وتهديد حياته لكى يشبع شهوته الجنسية، ولو ظهر ذلك منه مرة واحدة، أما رغبة المرء فى أن يكبل ويغتصب أو يضرب حتى تستثار الشهوة الجنسية لديه فليس كافياً لوضع التشخيص. أما المازوخية الأخلاقية moral التى يذهب المرء فيها ضحية للمعاناة النفسية أو يقدم نفسه قرباناً للعلاقات الشخصية فذلك اضطراب أخر (حسان قمحية وأخرون: ١٩٩٣)

المحكات التشخيصية للمازوخية (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر تكون هناك تخيلات جنسية، رغبات أو سلوكيات جنسية متكررة ومركزة تشتمل على تصرف (حقيقى وليس تصنُعى) يكون فيه الفرد متلقياً لتحقير أو ضرب أو تقييد أو لأى تصرف يجعله يتألم (يتعذب).

ب ـ التخيلات أو الرغبات أو السلوكيات الجنسية تتسبب فى أسى كلينكى واضح أو قصور في جوانب الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرهما من جوانب الأداء الهامة.

وهكذا تتمثل أفعال المازوخيين فى الإساءة لانفسهم ـــ وليست لغيرهم ـــ وتعذيب ذواتهم بتحمل القيد، والركل بالأقدام، والخنق والصفع، والجلد، والسب المقدع والطعن بالدبابيس اذ يحكى إيست (١٩٤٦) عن حالة الفتاة التى كثيراً ما شرطت ذراعيها وفخذيها وصدرها، وغرزت الدبابيس والإبر تحت جلدها لتستريح وتستشعر لذة الجنس الفعلية من الألم ومن رؤية الدم وهو يسيل (كمال دسوقى: ١٩٧٤) ويميز كمال دسوقى بين أربعة أنواع من المازوخية الجنسية هى:ـ

١- المازوكية الجنسية كتعبير عن اتجاه مازوكى تجاه الحياة كلها كالرضا والتحمل والمعاناة فينمو اتجاه النفور والإثم والعار من الجنس كثمن يدفعه للحصول على لذة الجنس.

٢- نمو السلوك المازوكى عن أحداث مبكرة ارتبطت معاناة الألم فيها بلذة الجنس، فقد تبالغ الأمهات وهن تصفن لبناتهن آلام فض البكارة وعنف وقسوة أول جماع لهن مما يؤثر فى نفوسهن بأن لذة الجنس تعذيب وإيلام.

٣- المازوكية كطريقة للاستزادة من لذة الجنس – أى كإثارة للانفعال لتحقيق أكبر إشباع، فالأنثى بطبيعة دورها الاستسلامى فى العلاقة الجنسية تفتعل الألم وتحت شريكها بما تصدره من تأوهات على الرفق بها والحذر من تحطيم أعضائها كما تستمد اللذه من قولها لزوجها أنه يعتصرها بين أحضانه ويمطرها بقبلاته ولا يتركها إلا جثة هامدة.

٤- السلوك الجنسى المازوكى كاستجابة لنزوات سادية (صاديه) حيث يكبت الصادى نزواته ويكون اتجاهات مازوكية بديلة، وتظل هذه الاتجاهات تقوى كوسيلة لعدم إفلات السادية المكبوتة.

٦- السادية الجنسية Sexual Sadism

ينسب هذا الإضطراب الى الماركيز دى ساد De-sad (١٧٤٠- ١٨١٤) الذى كان يعذب ضحاياه لاغراض جنسية بطرق وحشية اعتبر معها مجنونا وأصبح إسمه علماً على القسوة فى الجنس، ورمزاً للذين لا يشبعون جنسياً إلا بتعذيب شريكهم فى الجنس سواء جسمياً بالجلد والضرب والعض والقرص pinching أو معنوياً بالإذلال والإهانة (كمال دسوقى: ١٩٧٤)، ويقصد السادى من وراء عمله هذا الشعور بالقوة والنفوذ والسيطرة على شريكته، ولذلك يصل سلوكه أحياناً إلى حد التعذيب والقتل وقد يكون الشريك موافقاً (مازوخياً) أو غير موافق على ذلك. ويعتقد أن حوالى ١٠٪ من مرتكبى جريمة الاغتصاب هم ساديون جنسيون كما وجد آبل ورفاقه ١٩٨٨ أن ٤٦٪ من الساديين فى دراسته ارتكبوا سلوك الاغتصاب وهى أعلى نسبة للاغتصاب بين الاضطرابات الأخرى.

المحكات التشخيصية للسادية الجنسية (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر تكون هناك تخيلات جنسية مثيرة أو رغبات أو سلوكيات جنسية متكررة ومركزة تشتمل على تصرفات (حقيقية وغير مصطنعه) يكون فيها التألم النفسى أو الجسدى (بما فى ذلك التحقير) من جانب الضحية مثيراً من الناحية الجنسية للشخص المعتدى.

ب ـ التخيلات أو الرغبات أو السلوكيات الجنسية تتسبب فى أسى اكلينكى جوهرى أو قصور فى الأداء الاجتماعى أو المهنى أو غيرهما من جوانب الأداء العامة.

وأخطر ما فى السادية رغبة السادى فى زيادة الألم الذى يوقعه على الضحية مع الوقت، إذا ارتبط ذلك بالشخصية المضادة للمجتمع أدى ذلك إلى قتل ضحيته. ورغم أن السادية تحدث فى كلا الجنسين إلا أن نسبتها بين الذكور إلى الإناث ٢٠:١ كما أن سلوك الرجل غالباً ما يكون أكثر عنفاً كالضرب بالسياط والعض والحرق والقطع بالسكين أو الأمواس وهذه الممارسات قد تؤدى إلى إصابات مبرحة أو إلى الوفاة، وتفسر السادية الجنسية على أنها:ـ

١- أحد تعبيرات كثيرة عن اتجاه عدوانى وتحطيمى للأخرين بوجه عام.

٢- ارتباط السلوك السادى باتجاهات قوية نحو الجنس على أنه خطيئة ومهانة.

٣- كونها نتيجة خبرات مبكرة ارتبطت فيها الإثارة الجنسية بالإيلام والتعذيب.

٤- نشأة السلوك السادى عن قلق الخصاء حيث يحاول السادى إخفاء عجزه أو ميوله الأنثوية بإثارة الانفعالات المؤلمة فى شريكته لتستجيب له ويحدث الإشباع.

٥- ظهوره كجزء من مرض عقلى أشمل كالهوس والفصام (كمال دسوقى: ١٩٧٤)

٧ـ الفيتشية التحولية Transvestic fetishism:ـ

الرجل المصاب بهذا الاضطراب لا يستثار جنسياً إلا إذا ارتدى ملابس امرأة ويعرف بالانحراف فى الملبس cross-dressing، وهذا السلوك عادة لا

يحدث إلا فى ظروف محدودة، ومثل هذا النوع من الناس يرتدى تلك الملابس فى سرية تامة وغالباً بعلم زوجته ومساعدتها إياه من وقت لأخر، وعلى الرغم من ذلك فإن معظم هؤلاء الرجال تبدو عليهم علامات الذكورة الفجة فى المظهر والأنشطة المختلفة ومعظمهم ذو ميول جنسية طبيعية ومتزوجين، ولكنهم عادة ما يمارسون العادة السرية متخيلين أنفسهم على أنهم كل من الذكر والأنثى على السواء، ولا يوصف هذا الاضطراب فى إضطرابات هوية النوع. وقد يرتدى الرجل عدد محدود من ملابس النساء (قطعة واحدة) تحت ملابسه أو يرتدى ملابس كاملة ويعمل مكياج كامل.

المحكات التشخيصية للفيتشية التحولية (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر لدى ذكر مغاير جنسيا Hetro- Sexual mal (أى ليس لديه جنسية مثلية) تكون هناك تخيلات مثيرة جنسياً أو رغبات جنسية أو سلوكيات معاودة ومركزة تشتمل على ارتداء ملابس الجنسين.

ب ـ تتسبب التخيلات أو الرغبات الجنسية أو السلوكيات فى أسى اكلينكى جوهرى أو قصور فى جوانب الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرها من جوانب الأداء الهامة.

حدد ما إذا كانت: مع اغتمام من النوع with Gender Dysphoria إذا كان لدى الشخص عدم ارتياح مستمر من دوره أو هويته النوعية

وعادة ما يقترن هذا الإضطراب بسادية أو مازوخية جنسية فقد كان جاك ضابط شرطه متزوج يبلغ من العمر ٣١ سنة كان يعانى من دوافع لا إرادية تظهر فى ارتداءه ملابس النساء بالإضافة إلى ذلك فإن جاك له تاريخ من السادية والمازوخية فإثناء اتصاله الجنسى بزوجته كان يربطها بالسرير ويضع القيود الحديدية فى يديها ويلف رباطاً حول عنقها، وعندما يرتدى ملابس النساء يربط نفسه بالحبال والسلاسل والقيود والأسلاك وكان مهتم بايذاء نفسه بصورة خطيرة، وهددته زوجته بطلب الطلاق بسبب ارتداءه زى النساء، ومع ذلك كانت تشترى له الملابس النسائية، وتشفق عليه أثناء ارتداءه لها، ولا يعد هذا التواطؤ من الزوجة بالنسبة للسلوك الجنسى المنحرف شيئاً غير عادياً (wilson, G.t. et al 1994)

وعادة ما يبدأ هذا الإضطراب فى الطفولة أو المراهقة المبكرة وتلعب خبرات الطفولة الأولى دوراً فى ذلك وغالباً ما يكون المريض وحيد والديه أو وحيد الجنس فيكتسب من أمه أو أخواته البنات هذه الرغبة، وقد توكل الأم رعاية طفلها إلى خادمة مخالفة لها فى النمط الثقافى فتخلع على الطفل رغبتها فى الأمومة وتلبسه تارة ملابس الذكور أمام الأسرة وملابس البنات بعيداً عن أعينهم، وقد يرجع إلى خوف الأمهات فى مجتمعنا من الحسد لولادة طفل ذكر وإلباسه فى الصغر ملابس البنات وأقراطهن ومناداته بإسم أنثى، وقد يكون ذلك رغبة منها فى انجاب بنت والإضطراب قد يكون مزمن أو وقتى.

٨ ـ استراق النظر (الزنا بالعين) Voyeurism

وتسمى أحياناً بالمشاكزة أو البصبصة، حيث يحصل الفرد من خلالها على الإشباع الجنسى من رؤية إناس يقومون بالعمل الجنسى السوى أو يخلعون ثيابهم، والمريض عادة ما يكون من جنس مغاير، ولا يبغى الاحتكاك بالشخص الذى يختلس النظر اليه، وقد يحصل على شهوته بالاستمناء أثناء النظر أو بعد ذلك متخيلا ما شاهده فى الضحية من عورات كما تراوده تخيلات حول المباشرة الجنسية مع الشخص المُلاحظ، ولكن ذلك قليلاً ما يحدث وعادة ما يبدأ هذا الإضطراب قبل الخامسة عشر ويميل لأن يكون إضطراباً مزمناً.

المحكات التشخيصية لاستراق النظر: (DSM. IV, 1994)

أ ـ على مدى فترة لا تقل عن ستة أشهر تكون هناك تخيلات مثيرة جنسياً أو رغبات جنسية أو سلوكيات معاودة ومركزة تشتمل على ملاحظة شخص غير راغب فى ذلك يكون عادياً أو فى حالة خلعة لملابسه أو يكون منغمساً فى نشاط جنسى.

ب ـ التخيلات والرغبات الجنسية والسلوكيات تتسبب فى أسى كلينكى جوهرى أو قصور فى مجالات الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرها من مجالات الاداء الهامة.

ومسترق النظر قد يبحث عن فرصة يشهد فيها موقفاً مثيراً جنسياً، ولذلك فإنه دائم التسكع حول الحمامات والمراحيض العامة أو شقق الأدوار الأرضية على أمل أن يختلس نظرة إلى شخص عار، وفى بعض بيوت الدعارة تقام عروض

تفصيلية دقيقة لاستجلاب أمثال هؤلاء المنحرفين، والمعتاد انهم يرغبون فى أن يطلعوا على أعضاء التناسل والجسم العارى لفرد من الجنس الأخر. وهناك فرق بين صاحب الفصول الجنسى peeping tom ومسترق النظر voyeur من ناحية أخرى، فالأول يضطره الإحباط إلى التطلع إلى الأخرين على حين أن مسترق النظر يفضل أن يحملق فى الأعضاء التناسلية لغيره من الناس على عملية الجماع السوية (زيتشارد سوين: ١٩٧٩)

ومعظم حالات استراق النظر من الرجال الجبناء غير المتزوجين، وخاصة من الشباب الذين يخيفهم الاتصال الجنسى المباشر مع إمرأة إن هم تزوجوا، كما أن بعضهم تم القبض عليه وهو نوعاً عدوانياً ربما ارتكب هجوماً جنسياً.

٩ـ أنواع فحش غير محددة فى موضع أخر:ـ

هذه المجموعة أُدخلت لتحديد أرقام كودية (ترميز) لأنواع أخرى من الفحش لا تستوفى محكات التشخيص للإضطرابات السابقة وتشتمل الأمثلة على ـ دون أن تكون مقتصرة على ما يعرض هنا:ـ

أ ـ المعاكسات الهاتفية Telephone Scatologia: أى استخدام المكالمات التليفونية فى الفحش أو الإثارة الجنسية للمخاطب.

ب ـ انتهاك حُرمة الموتى necrophilia: عشق الجثث والإشباع الجنسى عن طريق المشاهدة والمجامعة بالميته.

جـ ـ الجزئية partialism: أى التركيز المطلق على جزء من الجسد دون غيره.

د ـ عشق الحيوانات Zoophilia: حيث يكون موضوع الحب والجنس كائنا حيوانياً

هـ ـ شذوذ الولع بالفضلات Coprophilia.

و ـ شذوذ الولع بالحقن الشرجية Klismaphilia.

ز ـ شذوذ الولع بالبول Urophilia.

الأسبـاب:

يمكن تفسير إضطرابات الفحش من خلال النظريات والنماذج الأتية:ـ

أ ـ **النظريـة السيكوديناميـة:** طبقاً للنظريـة السـيكوديناميـة فـإن كـل صـور الشذوذ الجنسى هى تعبير عن الأمراض النفسية الخفية، وتعنى صـورة مـن صـور اختلالات الشخصية، وهكذا فإن الأمراض الجنسية تنشأ من صراعـات داخليـة فـى اللاشـعور بـدأت فـى الطفولـة المبكـرة، ويفسـر التحليـل النفسـى الاسـتعراء بانكـار الخصاء ودعوة الإناث لإنكار إخصاءهم أيضاً، كما يفسر حب الاحتكـاك بمحاولـة انكار الخصاء الأنثوى وهمـا مرتبطـان بالفتشـية، وفـى الاسـتعراضية (الاسـتعراء) نجد عادة أن المريض إبن لأم متسلطة عدوانية تكره دورهـا الأنثـوى وتحـاول أن تعيش حياتها من خـلال أبناءهـا خصوصـاً الذكـور، أمـا الأب فهـو ضعيـف وغيـر مؤثر إلا قليلاً جداً فى نمو إبنه الانفعالى. وبسبب تدليل الأم للإبن وإمطـاره بوابـل حنانها يصل إلى توحيد نفسـه بهـا وتنمـو لديـه الميـول للمحـارم أيضـاً، وإزاء هـذا الإلحـاح الجـارف مقـابل التحريـم القـوى يقيـم الإبـن دفاعـات تسـلطية لا شـعوريـة، واستعراض الأعضـاء التناسـلية وعرضـهـا للأخريـن بشـكل يفيـد فـى طمأنتـه ضـد الخصاء (كمال دسوقى: ١٩٧٤)، فهو من ناحية يكشف عورته للدفاع ضد مخاوف الخصاء وللتعرف على رد فعل الملاحظ لرؤية أعضاؤه التناسلية، ومـن المفتـرض أن ذلك سيؤكد له أنه لـم يُخـص بعـد، كمـا تعـد الفيتشـيه التحوليـة (ارتـداء ملابـس النساء) بمثابة وقاية رمزية ضد الخصاء.

روبرت ستولر .Stoller,R أحد أنصار المدرسـة السـيكوديناميـة المشـهورين الذين تناولوا الإضطرابات الجنسية بالتحليل يزعـم أن الاعتداءات الجنسـية كالسـادية والمازوخية هى ببساطة شكل أكثر حدة لنفس الدافع الجنسى الذى يستثير الناس الذين ينخرطون فى أنشطة جنسية تحولية، وطبقاً لهذا الرأى فإن الفرق بين الشخص الذى يقدم "عضة حب" Love bite والذى يقوم بالاغتصاب هو فرق فى الدرجـة ليس إلا. ويؤكد ستولر أن العدوانية رغبة خفية أو واضحة فى إيذاء شـخص أخـر يتولـد عنهـا إثارة جنسية، وهكذا فإن مرضى السادية والمازوخية الجنسية والصـور الأخـرى مـن العدوان الجنسى يتصرفون هكذا لكى يعبرون عن عدائهم اللاشـعورى، فـى حيـن أن

الأفراد العاديين يكبحون هذا الدافع ويبقونه على مستوى خيالى فقط أو يدعمون به مشاعر إيجابية. ولكن أبل (١٩٨٩) يرفض هذه النظرية التى تعتقد أن أنواع معينة من الشذوذ أو العهر الجنسى هى نتاج صراعات نفسية معينة، وبدلاً من ذلك يؤكد على وجود أدلة تبين أن الشواذ جنسياً يعانون من افتقار عام للسيطرة والتحكم فى الاستثاره الجنسية وسلوكهم الشخص (Wilson G.t. et al, 1996).

ب ـ النظرية السلوكية المعرفية

تركز المدرسة السلوكية، والتعلم الاجتماعى فى تحليلها لأسباب الشذوذ الجنسى على أهمية العوامل البيئية والعلاقات البينشخصية، ويلخص كينسى Kinsey وجهة النظر هذه: "كل من التعلم والارتباط الإشراطى فى علاقتهما بالسلوك الجنسى الإنسانى يتضمن نفس مصادر التعلم والارتباط الشرطى فى الأنواع الأخرى من السلوك.. من الوالدين، يبدأ الطفل فى اكتساب اتجاهاته نحو أشياء عديدة مثل العُرى والاختلافات التشريحية بين الذكور والإناث والوظيفة التناسلية، وهذه الاتجاهات ربما يكون لها أهمية عظيمة فى تحديد مدى قبول أو رفض ما يترتب على ذلك لانواع معينة للسلوك الجنسى الصريح".

وربما تكون ممارسة العادة السرية (الاستمناء) Masturbation هى البداية، فالذكور عادة ما يمارسون العادة السرية مبكراً وبشكل متكرر أثناء نموهم النفسى. وعندما يفعلون ذلك فإنهم يشردون بخيالاتهم حول العديد من المثيرات الجنسية المتباينة. وأحيانا تكون هذه المثيرات منحرفة وغير تقليدية، وفى كل مرة ترتبط التخيلات بالاستمناء ويحدث الاقتران الشرطى الكلاسيكى بينهما ويحقق الشبق (هزة الجماع) نوعاً من التعزيز القوى، وقد أظهرت الدراسات أن التهيج الجنسى الثنائى (الزوجى) المتكرر مع مثيرات متعادلة يمكن أن تولد بشكل تجريبى إلى فيتشية بدرجة متوسطة، فالانتصاب القضيبى يمكن أن يحدث كنتيجة لمشاهدة الصورة المثيرة للجنس التى يمكن اعتبارها من وجهة نظر الإشراط الكلاسيكى مثيرا محايداً قبل أن تكتسب قدرتها على استدعاء الاستثارة شأنها فى ذلك شأن حذاء المحبوب.

كما أن الوالدين يمكن أن يكونوا نماذج تؤدى للتقليد والإبقاء على الأنماط المنحرفة من السلوك الجنسى من خلال التعزيز المباشر أو البديلى، وقد درس ستولر الفتشية التحولية ووجد أن الإمهات والزوجات يمكن أن يبادروا بالرجل إلى جعله يرتدى ملابس النساء عن طريق تعزيز سلوكه هذا، ويسرد ستولر قصة شاب لديه فتشية تحولية توضح دور العوامل البيئية فى المشكلة:

"الجزء الأهم من حياتى كبنت حدثت عندما كنت بين العاشرة والسابعة عشر من العمر، كان لى عمة ليس لديها أطفال، وأرادت أن تنقلنى من طفولتى إلى أنوثتى، وكانت تعرف برغبتى فى أن أكون بنت وكنت أقضى كل صيف فى مزرعتها، أول شيء فعلته معى أن أخذتنى إلى الكوافير الذى قام بقص شعرى وجعل شكلى جميل، وخاصة أننى لم أذهب للحلاق منذ شهرين قبل ذهابى للمزرعة، بعد ذلك أخذتنى إلى غرفة النوم وجعلتنى أشاهد كل الأشياء الجميلة التى أحضرتها لى. وفى اليوم التالى لبست كبنت ورافقتها فى جولة فى البلدة واشترت لى ملابس جديدة وكانت تقدمنى لكل شخص على أننى بنت أخيها ويتكرر ذلك كل عام حتى أصبح عمرى ١٣ سنة عندئذ قررت عمتى أن أبدأ مرحلة الإنوثة. ولا يمكن أن أنسى أبداً هذا الصيف، عندما ذهبت لها أخذتنى إلى نفس الكوافير وعندما رجعت للمنزل ودخلت غرفة النوم وجدت أحذية وأحزمة وحمالات صدر مقاس (٣٢) موضوعة على السرير، وارتديت أول جوارب من النايلون فى حياتى، وأخذتنى إلى التسريحة الجديدة التى كانت قد اشترتها وفتحت لى الدرج وأخرجت كل أدوات المكياج، لقد اهتزت مشاعرى لدرجة الموت، وقالت لى أريد من حبيبتى أن تبدأ بطريقة صحيحية، وكانت هذه أول مرة أهتم فيها بصدرى، وفى الصباح التالى استيقظت مبكراً لأجهز نفسى لرحلة التسوق المعتادة فى البلدة، ولأول مرة لبست الحذاء ذو الكعب العالى والملابس الجديدة والجورب النايلون وأصبحت خبيرة بذلك ووضعت لى عمتى أحمر الشفاة ـ كم كنت رائعة ومثيرة ـ إننى لا أستطيع أن أنسى هذا اليوم الرائع والمدهش".

جـ ـ النموذج النفسى البيولوجى:-

يعد جون مونى Mony, J. من أكبر خبراء العالم الذين نجحوا فى الربط بين العوامل التشريحية والهرمونية وخبرات الحياة فى تحديد الخصائص الجنسية للشخص واستطاع بالاشتراك مع زميلته مارجريت لاماكز Lamacz, M. فى وضع نظرية جديدة فى التطور الأولى للشذوذ الجنسى. لُب القضية أن الشذوذ الجنسى يحدث عندما تصبح العلاقة الطبيعية بين الحب الرومانسى والشهوة الجنسية مضطربة أو مشوهه بطريقة ما، النمو النفسى البيولوجى السوى للجنس هو نمط من الوظائف العصبية التى تحدد كيف يجد الشخص الإثارة الجنسية وأطلق مونى ولاماكز على هذا البرنامج المخى اسم خريطة الحب Lovemap، واعتقدا أنها تتطور فيما بين الخامسة والثامنة، الخبرات الطفولية الصادمة (الدرامية) مثل الإساءة الجنسية والجسدية للطفلة والإهمال العاطفى تسبب تشوس وارتباك فى خريطة الحب هذه، والأخطاء التى يتم برمجتها فى الخريطة تتمثل فى إحلال أو حذف عناصر فى تتابع السلوك الذى يؤدى بشكل سوى إلى نشاط جنسى لهذه الفئات من المرضى. وهذه الأنماط من السلوك المميزة لهذه الفئة تسمى بالسلوك الفاحش (الشاذ) phyletic وعلى سبيل المثال تعد الملاحظة أو المداعبة لشريك الحياة أمراً طبيعياً فى الجنس البشرى، ولكن ذلك يعد أمراً غير طبيعياً فى حالات الفحش، حيث يزاح السلوك كما يحدث عندما يستثار شخص ما بالاحتكاك بشخص غريب غير موافق على ذلك ويعتقد مونى ولاماكز أن التنشئة الأسرية الصارمة فى أسرة تكبت اتجاهات أبناءها نحو الجنس تضع هؤلاء الأفراد على طريق تطور الشذوذ، ولكن هذه الدراسات حدت من تأثير الإباحية الجنسية مؤكدين على أن هؤلاء الرجال الذين يوجد لديهم خرائط حب غير سوية يبحثون عن الإشباع المنحرف لدوافعهم الجنسية. وعلى الرغم من ذلك لم تنجح نظرية مونى ولاماكز (١٩٨٩) فى الإجابة على بعض الأسئلة الهامة وعلى سبيل المثال فإن مجموعة صغيرة من الأطفال الذين تعرضوا أو مروا بتجارب وخبرات صادمة وقاسية فى الحياة هم الذين نشأ لديهم شذوذ جنسى فما الذى يميز هذه المجموعة؟ لقد أجاب مونى ولاماكز على هذا التساؤل بأن هؤلاء الأشخاص لديهم

قابلية وراثية (استعداد وراثى) لاكتساب خريطة حب مبرمجة بشكل خطأ، ولكن لا توجد أدلة حول ماهية هذه القابلية الوراثية.

د ــ دورة إساءة الاستغلال The cycle of Abuse: هناك اعتقاد على نطاق واسع بأن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية لديهم مزيد من مخاطر الإساءة إلى ذاتهم، فالافتراض الشائع بأن تعرض الفرد لخبرة الإساءة الجنسية تقوده فى اتجاه يؤدى به فى النهاية لأن يصبح مجرماً. وقد افترض سيلجمان Seligman (1994) تفسيراً بديلاً، وأشار إلى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية، وخاصة الذى مروا بخبرة سفاح المحارم عادة ما يكونوا منحدرين من أسر مضطربة، بين أعضاء هذه الأسر نسبة مرتفعة من الأمراض النفسية مقارنة بالمجتمع العام، فقد يكون الأب أو الأخ الأكبر للطفل الذى تعرض للاغتصاب الجنسى يعانى من إضطرابات اكلينكية جنباً إلى جنب مع ما يعانيه من شذوذ جنسى، وهذه المشكلات المرتبطة ربما تكون هى المسئولة عن جعل الطفل الذى تعرض لإساءة استغلاله جنسياً شخصاً مجرماً فضلاً عن ذلك فإن بعض هذه الاختلالات الأسرية ربما تكون وراثية والتى ربما تؤثر بدورها فى تطور الشذوذ الجنسى، ولكن أبل ورفاقه ذكروا أنه لا توجد أدلة قاطعة تدعم الفرض القائل بأن الفرد الذى إستُغل جنسياً سوف يسيئ استغلال الأخرين.

وعلى الرغم من أن الشذوذ الجنسى يكاد يكون محصور فقط فى الرجال، مع ذلك فإن بعض التقارير الحديثة حددت بعض النساء اللائى يتحرشن بالأولاد والبنات الصغار وتشير الأدلة إلى أن هؤلاء النسوه يعانين من إضطرابات اكلينكية فهن يشتركن فى تاريخ مرضى للممارسة الجنسية قبل البلوغ، ويقررن أن لديهن معدلات مرتفعة من الاكتئاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمات، والتفكير فى الانتحار، وعادة ما يستخدمن القوة أو التهديد بها للتغلب على ضحاياهم، وغالباً ما ينفذون جرائمهم وهم يحتضنون الطفل حتى لا يُكتشفن، وكما هو معتقد عند الرجال، فالنساء المصابات بالشذوذ الجنسى يعتقدن أنهن أيضاً كان يُساء استغلالهن جنسياً وهن صغيرات ويفسر مونى ولاماكز هذه الفروق بين الجنسين بوجود خطأ ما فى تطور خريطة الحب، وأن الاختلافات التركيبية قبل الولادية للجنين الذكر

أكثر تعقيداً منها لدى الأنثى، ومن ثم يصبح النمو الجنسى له أكثر تعقيداً وأكثر ميلاً للتعرض للخطأ المتمثل فى الإحلال والحذف للعناصر التى تؤدى فى النهاية للنشاط الجنسى اللاسوى.

أما نظرية التعلم الاجتماعى فانها ترد الفروق بين الذكور والإناث فى الشذوذ الجنسى إلى التركيز على الدور الأساسى الذى تلعبه التصورات والتخيلات البصرية فى الذكر مقابل الاستثارة الجنسية فى الإنثى، حيث وجد من خلال المقارنة بين النسوة اللاتى يمارسن الجنسية المثلية، والرجال الذين يمارسون الجنسية المثلية والغيرية على حد سواء كان الرجال الشواذ جنسياً أكثر استجابة للمثيرات الجنسية البصرية من غيرهم، وكما ذكرنا من قبل فإن الذكور أكثر ممارسة للعادة السرية فى مرحلة مبكرة من تطورهم الجنسى، وهم فى ذلك يوظفون خيالاتهم النشطة من أجل تحقيق الاستثارة الجنسية (Wilson, G.t. et al 1996)

العـــــلاج:ـ

١ـ العلاج الدوائى (الطبى):ـ خلال العقد الأخير من القرين العشرين شهد استخدام العلاج الدوائى تقدماً مثيراً فى خفض السلوك الشاذ جنسياً، أحد فئات العقاقير المستخدمة فى هذا العلاج ما يعرف باسم المُحرضات أو المُحفزات الهرمونية hormonal agents مثل أسيتات السيبروترون Cyproterone acetate وهو عقار مضاد للاندروجين ويخفض مستوى التستسترون، ويمنع هذا العقار حدوث الإنتكاسة بين مرض الفحش الجنسى بشرط بقاؤهم تحت العلاج حتى يتحقق خفض فعلى فى نسبة التستسترون بنسبة ٣٠٪ على الأقل، ويشيع استخدامه فى أوربا، ومن العقاقير الأخرى المضادة للأندروجين أسيتات الميدروكسيبروجسترون Medroxypoogestrone acetate ويعرف أكثر باسم ديبوبروفيرا Depo-provera أو بروفيرا provera وهو أكثر العقاقير المضادة للشذوذ الجنسى فى أمريكا.

وهناك فئة أخرى تشتمل على العوامل غير الهرمونية مثل البروزاك وهو عقار مضاد للاكتئاب يحد من الخيالات والسلوكيات المنحرفة بشكل واضح دون أن يؤثر على الميول والوظائف الجنسية الغيرية بشكل سلبى، ولقد شجعت النتائج التى

تم الحصول عليها من هذا الدواء الباحثين على المضى فى اكتشاف علاجات كيميائية أكثر أمناً وفاعلية يمكن أن تقترن مع العلاج النفسى لعلاج الشذوذ الجنسى.

٢ـ العلاج النفسى: يسير العلاج النفسى للفحش الجنسى جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائى أو الطبى، ومن العلاجات النفسية التى يمكن استخدامها هنا العلاج السلوكى والعلاج السلوكى المعرفى نظراً لأن العلاج السيكودينامى لم يحقق نتائج تذكر فى هذا الإطار، ويركز العلاج السلوكى المعرفى على خمس مجالات أساسية هى:ـ

١- قمع أو إزالة المثيرات الجنسية غير المرغوبة لدى الفرد.

٢- استبدال هذه المثيرات بمصادر أكثر قبولاً للسلوك والإثارة الجنسية.

٣- تطوير مهارات الضبط الذاتى أو مهارات المواجهة لمقاومة السلوك المشكل.

٤- إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض.

٥- التدريب على الوقاية من (أو تفادى حدوث) الانتكاسة.

ولتحقيق الأهداف فى المجالات الخمس السابقة تستخدم الفنيات الأتية:ـ

المجال الأول: يستخدم العلاج التنفيرى فى قمع وإزالة المثيرات الجنسية غير المرغوبة، كما تُستخدم طرق أخرى، ولكن أكثرها شيوعاً هو التنفير التخيلى، وهذه الفنية تعتمد على إزالة الحساسية بشكل خفى، حيث يتخيل المريض السلوك المنحرف والنتائج المترتبة عليه، فالشخص الذى يعانى من مشكلة الرغبة فى الاحتكاك بالنساء يتخيل ذلك من خلال السعى للاحتكاك بامرأة والتعريض لها فى الوقت الذى تضئ فيه سيارة الشرطة الأنوار الحمراء، وتصدر صفيرها المرتفع وهم على وشك مداهمته والقبض عليه. ومن مزايا هذه الطريقة أنها تعلم المريض أستخدام طرق ضبط الذات فى أى وقت يشعر فيه أنه على وشك أن ينكشف أمره، كما تربط بين سلوكه المنحرف والنتائج الواقعية المنفرة بالنسبة له، وقد استخدم مالتزكى Malatzky (1980) طريقة التنفير التخيلى، وقرر أن نسبة نجاحها فى

علاج حالات الاستعراء تصل إلى ٩٠٪ وأن هذه النسبة بقيت ثابتة تقريباً على مدار عامين ونصف من المتابعة.

المجال الثانى: المتعلق باستبدال هذه المثيرات بمصادر أكثر قبولاً للسلوك والاثارة الجنسية من خلال استثارة الجنسية الغيرية لدى المريض، حيث يسمح للمريض بالاستمرار فى ممارسة العادة السرية مع استحضار صور لأشخاص مخالفين للمريض فى الجنس مثلاً، أو مشاهدة صور وأفلام النساء ورجال عرايا لتنمية الجنسية الغيرية لدى المريض، ونظراً لعدم موافقة الشريعة الإسلامية الغراء على مثل هذه الممارسات التى يمكن أن تنقل المريض من مشكلة إلى مشكلة أخرى فإنه يمكن الاكتفاء باستخدام التخيل فقط وضبط النفس عند الوصول إلى رغبة فى السلوك ما لم يكن سلوكاً مشروعا مع الزوج أو الزوجة.

المجال الثالث: حيث يتم تطوير مهارات الضبط الذاتى ومهارات المواجهة للتغلب على السلوك المشكل، ويبدأ الاخصائى الاكلينكى ذلك بتقدير الأفكار والمشاعر والأحداث التى تسبق التعريض، ويتعلم المريض كيف أنه من المجدى بالنسبة له أن يلقى الضوء على أفكاره ومشاعره غير المناسبة، ويعيد ترتيب علامات الإنذار المبكر المولده للإغراء والاستثارة وأن يتعلم كيف يتحكم فى ذاته عند هذه النقطة، وإنه إذا تأخر أكثر من اللازم وأصبحت الإغراءات أكثر فتنة وقوة فإن على المريض أن يتعلم أن إجراءات الاسترخاء تعد وسيلة بديلة فعالة لضبط الذات، وأن التدريب على المهارات الاجتماعية تساعد الأفراد على تعلم كيف يرتبطون بشكل أفضل مع قرين راشد.

المجال الرابع: إعادة تشكيل المجال أو البنية المعرفية للمريض، هو أسلوب صمم لتغيير الأفكار المشوهة أو المضطربة، فمعظم الرجال الذين يمارسون الفحش الجنسى أو يعانون من الشذوذ يبررون أو ينكرون أن سلوكهم أو أفعالهم خاطئة، ويحاولون فلسفة سلوكهم لكى يقللوا من وقعه على الأخرين، فالشخص الذى يحتك بامرأة يصفها بأنها الشريك الأخر ليُقنع الأخرين بأن هؤلاء النساء (الضحايا) مشاركين إيجابين فى العلاقة، ويقوم العلاج المعرفى فى هذه الحالة باقناع المريض على أن هؤلاء النساء لسن إلا ضحاياً مرغمين على ذلك بسبب

الزحام أو الحياء من افتضاح أمر الأخرين الذين يحتكون بهم أو حتى افتضاح أمرهم بما يسيئ اليهم من قريب أو بعيد وعلى المريض أن يتحمل مسئوليته الشخصية تجاه هذا السلوك، كما تقوم طرق العلاج على تنمية مشاعر التعاطف نحو ضحاياه أو بمعنى أخر أن يضع نفسه أو (أمه أو أخته أو زوجته) مكان الضحية وأن يستوضح مشاعره بالتهديد والظلم الذى يتعرض له، حيث يطلب منه أن يلعب دور المرأة التى تكون فى موقف تعريض بالاحتكاك، وقد ضرب الرسول صلى الله عليه وسلم أعظم المثل فى هذا النوع من العلاج منذ خمسة عشر قرناً حينما دخل عليه رجل أعرابى يسأله عن رخصة تبيح له الزنا عند الحاجة، وخاصة أنه كان شديد الشهوة كثير الرغبة للنساء لا يقاوم غريزته المتأججة وشهوته الجامحة، فراح الرسول الكريم يخاطب عقله ووجدانه ويسأله، أترضاه لأمك، قال لا، اترضاه لزوجتك، اترضاه لاختك، اترضاه لابنتك، وفى كل مرة يرد الرجل لا ويجيبه الرسول، والناس كذلك لا يرضونه لامهاتهم ولا لزوجاتهم، ولا لأخواتهم، ولا لبناتهم، ودعا له الرسول بالعفة فخرج من عنده ولا شىء أبغض إلى نفسه من الزنا (جابر فراج: ١٩٧٥).

المجال الخامس: المتمثل فى منع الانتكاسة، وهو أمر فى غاية الأهمية حيث ذكرلويس (1989) Laws أن مخاطر الارتداد أو الانتكاس التالية للنجاح الأولى للعلاج مرتفعة جداً بين مرضى الفحش أو الشذوذ الجنسى وللتدريب على منع الانتكاسة أربعة خطوات هى:

١- إخبار وتعليم المريض باحتمالات حدوث الانتكاسة.

٢- تعريف وتعليم المريض كيف يتوقع العلامات التحذيرية المبكرة لعودة سلوكه المنحرف.

٣- مساعدة المرضى على التدرب على الطرق السلوكية والمعرفية التى تساعدهم على مواجهة المثيرات شديدة الخطورة التى تزيد من احتمالية حدوث الانتكاسة.

٤- تهيئة المرضى للتعامل مع الارتداد سواء كان ذلك على شكل تصورات وتخيلات أو بالانخراط فى سلوكيات جنسية فعلية محرمة. وبدلاً من أن يخوضوا تجربة من الانتكاسة الشديدة فإن عليهم أن يتدربوا على ضبط الذات مع التماس المساعدة العلاجية بما يساعدهم على العودة الى الطريق القويم من جديد.

ونظراً لعدم وجود دراسات ضابطة فإنه من المؤسف حقاً صعوبة تقييم فعالية برامج العلاج السلوكى المعرفى، ويتراوح معدل الارتداد فى الدراسات المختلفة بين ٣-٣١٪ إعتماداً على نوعية المرضى وطول فترة المتابعة، ففى إحدى الدراسات على ١٤٧ من حالات عشق الأطفال ارتد ٣٪ فقط خلال فترة متابعة مدتها ٦ سنوات فى حين كان معدل الارتداد لمن يعانون إضطراب الاحتكاك بالنسوه المشاركين فى نفس البرنامج أكبر من ذلك بكثير جداً.

وفى إحدى الدراسات الجيدة التى تمت فى كاليفورنيا قام جوليمان Goleman 1992 بالمقارنة بين رجال عولجوا بالعلاج السلوكى/ المعرفى ومجموعة أخرى ضابطة يتماثلون معاً فى نوعية إضطراب الفحش أو السلوك الشاذ، من بين مجموعة عشق الأطفال انخرط ٥٪ من الأشخاص الذين تلقوا العلاج مقابل ٩٪ من المجموعة الضابطة فى سلوكيات إجرامية بعد ثلاث سنوات من إطلاق صراحهم من السجن، وهو ما يعنى أن العلاج خفض معدل الانتكاسة الى النصف تقريباً، وتراوحت معدلات التحسن ما بين المتوسطة والجيدة بشكل عام. غير أن العلاج لا يعدل سلوك كل المجرمين جنسياً وخاصة الأكثر عنفاً والأكثر خطراً مثل الاغتصاب والفحش بالأطفال وقتلهم حيث يشكل هؤلاء خطراً على الأمن العام، وعلى الرغم من أن السجن إصلاح وتهذيب إلا أن هذه القاعدة لا تطبق دوماً على هذه الفئة. فقلة فقط من الذين سُجنوا بتهم جنسية مثل الشذوذ والفحش الجنسى هم الذين تلقوا علاجاً فعالاً، وتشير تقريرات الدراسات الاجنبية أن ٧٥٪ على الأقل من المسجونين بتهم جنسية لم يتلقوا أى علاج على الإطلاق، وإذا ما أطلق سراحهم من السجون فإنهم يعيدون تكرار جرائمهم مرة أخرى أما هذه الفئة فى مجتمعنا للأسف لا تجد أدنى مظاهر الاهتمام من رجال القانون أو

الأطباء والأخصائيين النفسيين. وعلى حد علمى لا توجد دراسات أو برامج علاجية تمت على هذه الفئة من الأشخاص فى مصر.

ثالثاً: اضطراب هوية النوع Gender-Identity Disorder

الهوية الجنسية Sexual Identity للفرد هى الأسم التصويرى له بيولوجياً أى ذكر أو أنثى، أما هوية دور النوع Gender- Role Identity هى إدراك الفرد لنفسه أو نفسها على أنه ذكر أو أنثى بشكل مستمر، والأفراد الذين يعانون إضطراب هوية النوع يرغبون دوماً فى أن يكونوا أفراداً من الجنس المخالف لهم، ويتوحدون تماماً مع أفراد هذا الجنس، فقد يصر رجل على أنه إمرأة محبوسة فى جسد رجل.

المحكات التشخيصية لاضطراب هوية النوع: (DSM. IV, 1994)

أ ـ توحد عبر النوع cross-gender قوى ومثابر (وليس مجرد رغبة فى أى مميزات حضارية أو ثقافية يجنيها الجنس الأخر)

ـ **فى الأطفال:** فإن الإضطراب يظهر من خلال أربعة (أو أكثر) مما يلى:ـ

١- رغبة يعبر عنها بشكل متكرر فى أن يكون، أو إصرار على أنه (أو أنها) من الجنس الأخر.

٢- فى الأولاد يكون التفضيل للملابس المشتركة (بين الجنسين) أو ملابس الإثارة الأنثوية، وفى البنات يكون هناك إصرار على ارتداء الملابس ذات الطابع الذكرى.

٣- تفضيلات مثابرة وقوية للأدوار عبر الجنس كالتظاهر بألعاب الجنس الأخر أو وجود تخيلات مثابرة فى أنه من الجنس المخالف.

٤- رغبة قوية فى المشاركة فى الألعاب والمسليات النمطية للجنس الأخر.

٥- تفضيل قوى فى أن يكون رفاق اللعب من الجنس الأخر.

ـ **فى المراهقين والراشدين:** يتضح الاضطراب من خلال أعراض مثل: رغبة يعبر عنها فى أن يكون من الجنس الأخر، رغبة حبيسة فى أن يكون

كالجنس الأخر، رغبة فى أن يحيا ويعامل كالجنس الأخر، او الأقتناع بأنه (أو أنها) له مشاعر وردود أفعال مطابقة لما للجنس الأخر.

ب ـ عدم ارتياح مثابر لدى الشخص بجنسه أو إحساس بعدم الملائمة بدور النوع لهذا الجنس.

وفى الأطفال يتضح الاضطراب بأى مما يلى:ـ

ـ **فى الأولاد:** تأكيد على أن عضوه الذكرى أو الخصيتين يثيران الاستياء، أو انهما ستختفيان، أو تأكيد على أنه من الافضل ألا يكون له قضيب أو نفور من اللعب الخشن ورفض الألعاب النمطية للذكور، وكذلك المباريات والأنشطة.

ـ **فى البنات:** يكون هناك رفض للتبول فى وضع الجلوس، والتأكيد على أن لديها أو سوف ينمو لديها قضيب، أو تأكيد على أنها لا تريد أن ينمو لديها ثديين أو أن تحيض أو نفور واضح من الملابس الأنثوية العادية.

فى المراهقين والراشدين: يتجلى الإضطراب من خلال أعراض مثل الانشغال الزائد بالتخلص من خصائص جنسية أولية أو ثانوية (مثلاً طلب تدخل هرمونى أو جراحى أو أى إجراءات أخرى لتحويل الخصائص الجنسية لتحاكى ما لدى الجنس الأخر.

جـ ـ لا يتلازم الإضطراب مع ظروف جسدية بينجنسية Intersex (مثل متلازمة عدم الحساسية للأندروجين)

د ـ يتسبب الإضطراب فى أسى كلينكى جوهرى أو قصور فى جوانب الأداء الاجتماعى أو الوظيفى أو غيرهما من جوانب الأداء العامة الأخرى.

ملحوظة (١): تحدد هوية الاختلال بما إذا كانت: اختلال هوية النوع لدى الأطفال، أو لدى المراهقين والراشدين.

ملحوظة (٢): بالنسبة للأفراد الناضجين جنسياً يحدد ما إذا كان:ـ

منجذب جنسياً للذكور، منجذب جنسياً للإناث، منجذب جنسياً لكلا النوعين، غير منجذب جنسياً لأى من النوعين.

وقبل أن يصدر الدليل الإحصائى والتشخيص للأمراض العقلية فى إصداره الرابع DSM. IV كان إضطراب هوية النوع يطلق عليه التحول الجنسى Transexual، حيث يرغب الفرد فى العادة فى إجراء عملية جراحية لتغيير جنسه أى تغيير جسده أو جسدها إلى الجنس الأخر، ورغم أن هذا الإضطراب نادر جداً إلا أنه قد يثير ضجه ثقافية واجتماعية فى بعض الأحيان، ومن الحالات المشهورة فى مصر لهذا النوع "سيد" طالب الجامعة الذى تحول من خلال عملية جراحية إلى "سالى"، وإمعاناً فى إثبات التحول عملت راقصة فى ملاهى شارع الهرم وتم فصل الطبيب الذى أجرى هذه العملية من نقابة الأطباء ثم أعيد تسجيله بحكم قضائى وطبقاً للبيانات التى قدمتها الدراسات الأوربية هناك ذكر بالغ من بين كل ٣٠٠ ألف، وأنثى بالغة من كل ١٠٠ ألف يريدون إجراء جراحة لتغيير جنسهم.

ولا ينبغى ألا نخلط هنا بين المتحولين جنسياً وذوى الفتشيه التحولية Transvestite (وهم الأشخاص الذين يعانون ميلاً مرضياً لارتداء ملابس الجنس المخالف كما سبق وصفهم) ومرضى الجنسية المثلية homosexuality (اللواطيون والمساحقات) فمرضى الفتشية التحولية هم فى الغالب ذات ميول جنسية غيرية يحققون إشباع جنسى معين عن طريق ارتداء ملابس الجنس الأخر، ولا يتوحدون فعلياً مع الجنس المخالف لهم كما فى حالة المتحولين جنسياً ويميز هوية دور النوع بين المتحولين جنسياً وذوى الفتشية التحوليه. أما التوجه الجنسى Sexual orientation سواء إلى الجنسية المثلية أو الغيرية فهو مسألة أخرى فاللواطى (نسبة إلى قوم لوط الذين كانوا يمارسون هذه الفاحشة)، هو فى العادة رجل ينجذب إلى الرجال الأخرين، أما الرجل الذى يغير جنسه بعملية جراحية وأصبح إمرأة من الناحية البيولوجية يكون لديه توجهات جنسية غيرية فتنجذب إلى الرجال كامرأة كما تفعل بقية النسوة. ولكن المتحولين جنسياً ربما يكون لديهم توجه نحو الجنسية المثلية، فدور النوع Gender role هو خصائص سلوكية تميز بين كلاً من هوية دور النوع والتوجه الجنسى، ويشير دور النوع إلى ما يفعله الرجال والنساء أى الأنشطة التى يفضلونها ومدى ما يظهرونه من ذكورة أو أنوثة.

ويمكن أن يحدث إضطـراب هويـة النـوع كمـا ذكرنـا فـى كـل مـن الأطفـال والمراهقين والراشدين حيث ينظر الولد المصـاب بهذا الإضطـراب إلـى أعضـاؤه التناسـلية نظـرة اشـمئزاز، ويتعدى سـلوكه مجـرد الميـل التقليـدى لبعـض الأولاد الصغار إلى إرتداء ملابس الأم أو القيام بدور الفتاة فى اللعـب علـى سـبيل المثـال، وإنما يفعل بذلك بإصرار رافضاً اللعب التقليدى للأولاد، كما أن سلوكه بارتداء ملابس الجنس الأخر ليس سلوكاً منفرداً أو وقتياً وإنما هو جزء مـن نمـط سلوكى متكـامل أو متلازمة أعراض كما وصفها الدليـل، وبالنسبة للبنـات يتميز إضطـراب هويـة النـوع لديهن بتعاسة مماثلة حول تركيبهـن التشـريحى، والرغبـة فـى امتـلاك القضيـب وعـدم وجود الثديين أو نزول الدورة الشهرية أو أن يكن أولاداً بمعنى الكلمة.

وفيمـا يلـى تصـف أم إبنهـا البـالغ ثمـان سـنوات فيمـا يُعتقـد أنـه مصـاب بأضطراب هوية النوع:

الأم: إنه يتصرف كفتاة، لقد عبر عن رغبته فى أن يكون فتاة، إنه لا يلعب مـع الأولاد، ويخاف منهم ويخاف أن يلعب ألعابهم، وكان يحب أن يرتـدى ملابـس البنـات وما زال يحب ذلك لو تركت له الزمام، ويتحدث كالفتاه وأحيانا يمشى ويتصرف كفتاة

المعالج: منذ متى وأنت تقلقين من ذلك.

الأم: منذ حوالى ثلاث سنوات.

المعالج: ما هو أول شيء لاحظتيه فى البداية.

الأم: أراد أن يرتدى إحدى بلوزاتى ـ وكانت ذات لون وردى وأبيض ـ إذا ارتداها تلائمه كفستان، وكان سعيد جداً عندما ارتداها، أخذ يقفز ويرقص فى أنحاء الغرفة، لم يعجبنى الأمر، وأمرته أن يخلعها ووضعتها جانبـاً، ولكنـه ظـل يطلبهـا، لقد أراد أن يرتدى تلك البلوزة مرة أخرى، وقلت له لأ أسفة إنها ملكى وليست لك، إرتدى أنت ملابسك وأنا أرتدى ملابس، ولكن طلبها مرات عديدة بعد ذلك

المعالج: ماذا قال بالضبط؟

الأم: أنا أريد أن اكون فتاة، لا أريد أن أكون ولد. الأولاد خشنون جداً. عندما ألعب ألعاب الأولاد تجرح الكرة ساقاى، لا أريد أن أذهب إلى المدرسة اليوم، فسأضطر إلى لعب كرة السلة، وهكذا يذهب ويلعب بنعومة مع البنات.

المعالج: هل قال فى أى مرة "أنا فتاة"؟

الأم: كان يلعب أمام المرأة ويخلع ملابسه إستعداداً للنوم، وكان يقف أمام المرآة وأمسك قضيبه وطواه لأسفل وقال "أمى أنظرى أنا فتاة (wilson, G.t. et al 1996)

نسبة الانتشار:ـ

لا توجد دراسات مسحية توضح مدى وبائيات المرض ولكن بعض الدراسات فى البلدان الأوربية صغيرة العدد تقترح أن رجلاً راشداً من كل ٣٠ الف، وأمرأة راشدة من كل ١٠٠ الف يسعون لإجراء عملية جراحية لتغيير جنسهم.

الأسبــــاب:ـ

لا يعرف الباحثون على وجه التحديد أسباب اضطراب هوية النوع، ولكن يعتقد أن من بين العوامل البيولوجية المحتملة أثر هرمونات الوالدين، فقد أشارت النتائج إلى أن الأولاد الصغار لأمهات تناولن هرمونات أثناء فترة الحمل يظهروا ما يسمى بسلوك ذكرى أقل، ولكن لا يوجد دليل قاطع على أن كل الأمهات اللائى تعاطين الهرمونات قد سببن إصابة أطفالهن باضطراب هوية النوع أو بالتحول الجنسى عندما يصبحون بالغين، وليس من غير الطبيعى أن يلعب الأولاد الصغار بعض الألعاب التقليدية للبنات أو تشارك البنات فى بعض أنشطة الأولاد، وليست تلك الأنشطة وحدها دليل أو سبب لأى شذوذ فى نمو النوع.

تؤكد النظريتين السيكودينامية والسلوكية على أهمية خبرات الطفولة المبكرة فى النمو النفسى الجنسى، حيث تعتقد النظرية السيكودينامية أن النمو الجنسى الطبيعى لكى يحدث لابد أن يندمج الطفل بنجاح مع والده من الجنس المخالف، كذلك يركز واضعوا النظريات السلوكية على الوالدين كنماذج للدور ومصادر للدعم الاجتماعى والعاطفى، ومن المذهل أن البيئة العائلية تؤثر قليلاً على ظهور إضطرابات النوع، فقد قام جرين Green 1978 بدراسة ١٦ طفل تربوا على يد

والدين متحولين جنسياً، وعرف معظم الأطفال تغيرات والديهم الجنسية، وأصبح جميع الأطفال ذوى ميول جنسية غيرية (عاديين) ولم يعانى أحد منهم من إضطرابات هوية النوع.

ولا يستطيع الباحثون حتى التنبؤ بأى قدر من التأكيد من أن الأطفال المصابون بإضطراب هوية الدور سوف يصبحون متحولين جنسياً عندما يكبرون، فالكثير منهم ذوى ميول جنسية مثلية أو ثنائى الجنس Bisexual.

العــلاج:

خلال الستينات من القرن العشرين أصبحت جراحات إعادة تحديد الجنس Sexreassignment Surgery شكلاً ثابتاً من أشكال العلاج للمتحولين جنسياً. فلتحويل الذكر إلى أنثى فى البداية يتعاطى الرجل هرمون الاستروجين (هرمون الأنوثة) لكى يظهر وينمو لديه ثديين (نهدين) والخصائص الأنثوية الأخرى، بعد ذلك يُخصى ويصنع له بظر ومهبل صناعيين أو منقولين. ولتحويل الأنثى إلى ذكر تتناول المرأة هرمون الاندروجين (هرمون الذكورة) فى البداية لكى يقل حجم ثدييها، وتظهر سمات وخصائص الذكورة عليها، وتتوقف العادة الشهرية عن التدفق، بعد ذلك يزيل الجراح رحمها والأنسجة المتبقية من الثدى الضامر ويضع لها قضيباً (عادة ما يكون مأخوذ من رجل حدثت له وفاة اكلينكية) ولكن هذا العضو لا يكفى للقيام بجماع جنسى مُرضى ولا يصل بصاحبه إلى هزة الجماع عند إثارته. ولقد أثارت جراحات إعادة التحديد الجنسى شكوكاً كبيرة، فقد توصلت إحدى الدراسات المؤثرة إلى أن المتحولين جنسياً الذين أجريت لهم العملية الجراحية لم يختلفوا فى تكيفهم عن هؤلاء الذين لم يجروها، غير أن هذه الدراسة قد انتقدت لوجود عيوب منهجية مختلفة بها أهمها سؤ تقييمها للتكيف النفسى للمرضى، وأفضل تقدير هو أن ما يقرب من ثلثى المرضى أظهر توافقاً أفضل بعد الجراحة كما تحسنت حالات المرضى الذين تحولوا من إناث إلى ذكور، أما النتائج السلبية لهذه الجراحات فهى واضحة أيضاً فحوالى ٧٪ يطلبون جراحات معاكسة (للعودة إلى وضعهم السابق قبل الجراحة) أو الإقامة بمستشفى للأمراض النفسية أو يقدمون على الانتحار.

أما عن العلاج النفسى لإضطرابات هوية النوع فيقتصر على الطرق السلوكية بشكل أساسى، وعلى الرغم من وجود بعض دراسات الحالة الناجحة إلا أن الدراسات المنضبطة قليلة، ولم يطبقها سوى عدد محدود من المعالجين، وقد أثار العلاج النفسى لإضطراب هوية النوع فى الأولاد الصغار جدلاً واسعاً كما يتضح فى المثال التالى من دراسة قام بها ريكرزولوفاس Rekars&Lovaas 1974: كان كرايج Kraige ولد طبيعى من الناحية الجسدية، يبلغ من العمر خمس سنوات أحاله طبيب العائلة للعلاج، ارتدى كرايج ملابس الإناث منذ الثانية، وكان يلعب بأدوات الزينة الخاصة بأمه وجدته، وأظهر سلوك أنثوى مبالغ فيه، وكان يفضل أن يلعب مع البنات الصغار، وأكد رغبته فى أن يكون فتاة، ساعد المعالجان ريكررولوفاس والدة كرايج على تعديل سلوكه بتدعيم الأنشطة الذكرية وتقليص السلوك غير المناسب للنوع، وكانت النتيجة أن إضطراب هوية النوع عند كرايج انخفض بشكل مثير، وبدأ يتصرف بطريقة ذكرية أكثر، واستطاع المعالجان من خلال إجراءات ضبط منهجية معقدة أن يبينا أن هذا التغير فى السلوك يرجع مباشرة إلى إجراءات التدعيم التى شكلت أساس برنامجهما العلاجى، وبمتابعة كرايج بعد عامين بدأ الولد يتصرف كأى طفل أخر فى نفس عمره"

أقام المعالجان برنامجهم العلاجى بناء على الأسس التالية: هذا النوع من السلوك الأنثوى المبالغ فيه عند الأولاد يجعلهم عرضة للعزلة الاجتماعية والسخرية من جانب أقرانهم، وينبأ تفضيل النوع المخالف بمشكلات توافقية حادة فى مرحلة الرشد (فمعظم الراشدين الراغبين فى التحول الجنسى أو الفتشية التحولية يؤكدون على وجود تاريخ مضطرب لهوية النوع)، ومن المحتمل بشكل أفضل نجاح تغيير تفضيل النوع المخالف فى المراحل المبكرة للنمو، كما أن تماشى أو مسايرة البرنامج العلاجى لرغبات الوالدين، والعرف الاجتماعى السائد والتوقعات الثقافية للمجتمع الذى تعيش العائلة فى كنفه والقوانين المحلية ووجهات نظر متخصصون أخرون كالأطباء، وكذلك تعاون الطفل أثناء البرنامج كلها عوامل فى غاية الأهمية.

ارتكزت الانتقادات الموجهة لهذا النوع من البرامج العلاجية على أنه لا يمكن التنبؤ بوجود إضطراب نفسى لدى الشخص الراشد كما فى حالة الجنسية التحولية من خلال سلوك أنثوى ظاهر فى مرحلة الطفولة المبكرة، كما يلاحظ أيضا التركيز على دور النوع الذكرى فى مثل هذه البرامج، وكبديل لذلك فقد دافع المنتقدين عن فكرة الخنوثة أو ثنائية الجنس Androgyny وهى حالة من اللاذكورة أو اللاأنوثة ومن المفترض أنها تشمل سمات مرغوبة من كل جنس مثلاً القوة والاستقلالية من الدور الذكرى، والتعاطف والحنان من الدور الأنثوى، ويؤكد المؤيدين لهذا الرأى أن السلوك الخنثوى ربما يؤدى إلى توافق أفضل أكثر مما يؤديه تنميط الدور الجنسى المطلق أما لذكر أو لأنثى. فضلاً عن المسائل الأخلاقية التى أثارها هذا النوع من برامج الإشراط الإجرائى، هناك أيضاً تساؤلات حول كفاءتها، وبمقارنة النتائج التى سجلها ريكرز ١٩٨٢ والتى سجلها جرين ١٩٨٧ تشير إلى نجاح أقل بكثير فى محاولة تغيير هوية النوع لهؤلاء الأطفال (wilson, G.t. et al 1996).

اضطرابات هوية النوع غير المدرجة فى موضع أخر:- (DSM IV, 1994, 538)

هذه المجموعة تدخل لترميز اختلالات هوية النوع التى لا يمكن تصنيفها كاختلال هوية محدده للنوع وتشمل الأمثلة ما يلى:-

١- حالات بينجنسية intersex (زملة عدم الحساسية للأندروجينات أو زيادة النسيج الأدرينالى الخلقى) وحالة اغتمام من النوع مصاحبة لذلك.

٢- سلوك ارتداد عكسى عابر مرتبط بالضغوط.

٣- انشغال مثابر بالخصاء Castration أو استئصال القضيب penectomy بغير رغبة فى اكتساب الخصائص الجنسية للجنس المخالف.

رابعاً: الإضطرابات الجنسية غير المدرجة فى موضع أخر

صنف الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (DSM IV, 1994) الإضطرابات الجنسية غير المدرجة أو المحددة فى فئة مستقلة لترميز الإضطرابات الجنسية التى لا تستوفى المحكات التشخيصية لأى اختلال جنسى مما سبق ذكره، وهى فى الوقت نفسه لا تمثل

اختلالاً جنسياً وظيفياً Sexual Dysfunction ولا حالة عهر أو فحش أو إضطراباً لهوية النوع بشكل أو بأخر وتشمل ثلاث أنواع هى:ـ

١- مشاعر واضحة بعدم الملائمة بالنسبة للأداء الجنسى أو لخصائص ترتبط بالمعايير الشخصية الموضوعية للذكورة أو الأنوثة.

٢- أسى حول نمط العلاقات الجنسية المتكررة المشتملة على تتابع المحبوبين (دونجوانية) الذين يخبرهم الفرد على أنهم مجرد أشياء للاستخدام.

٣- أسى مثابر وواضح حول الوجهة الجنسية.

ويجرنا المحك الثالث والأخير إلى قضية مثيرة للجدل فى المجتمع الغربى، ولن تكون كذلك فى مجتمعنا يوما ما فقد حسمها ديننا الإسلامى الحنيف وأعتبرها سلوكاً مُحرماً إنها مشكلة الجنسية المثلية (اللواط والسحاق) Homosexuality، ولعلنا نعود معاً بالذاكرة قليلاً إلى الوراء، فعندما صدرت الطبعة الثانية من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية (DSM. II, 1968) صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسى الجنسية المثلية رسمياً على أنه إضطراب اكلينكى رئيسى وكثرت الكتابات عن هذه المشكلة فى كتب الطب النفسى، ولكن هذا التصنيف تغير فى الدليل التشخيصى والإحصائى فى طبعته الثالثة (DSM, III, 1980) استجابة لضغوط جماعات من المتحمسين للشذوذ، ومتخصصون مهتمون بهذا المجال، واختفت النظرة إلى الجنسية المثلية كشكل من أشكال الإضطراب النفسى/ الجنسى، وأقر هذا الدليل للأسف بأن الجنسية المثلية هى أسلوب حياة بديل ومحتمل غير مرضى، ومع ذلك ضم الدليل نمط الجنسية المثلية المضعفة للذات Ego-Dystonic كتشخيص لذوى الجنسية المثلية المصابون بأسى أو اغتمام بسبب توجههم الجنسى ويرغبون فى أن يصبحوا ذات توجهات جنسية غيرية، إلا أن الإصدار الرابع من الدليل DSM. IV لم يشير صراحة إلى الجنسية المثلية ولكنه أشار اليها ضمناً فى المحك الثالث فى الإضطرابات الجنسية غير المدرجة فى موضع أخر التى نحن بصدد الحديث عنها حيث يقصد بالشعور بالأسى حول الوجهة الجنسية للفرد إلى القلق بشأن كون الفرد يمارس الجنسية المثلية. وعلى الرغم من المظاهرات التى تخرج فيها هذه الفئة مطالبة بالمزيد من الحقوق السياسية كالانخراط فى الخدمة

العسكرية، واستغلالهم من قبل المرشحين الأمريكين لرئاسة الجمهورية حيث يمثلون حوالى ٧٪ من مجموع أصوات الشعب الأمريكى، إلا أن الاكتشافات العلمية الحديثة وخاصة حول ما يتعلق بالجنسية المثلية ومرض الأيدز سوف تجعل المتخصصين فى الطب النفسى يعيدون وجهة نظرهم مرة أخرى ويدرجونه كواحد من أهم الإضطرابات الجنسية، وهو ما يدفعنا بدوره إلى الكتابة عنه فى هذا الجزء.

أسباب الجنسية المثلية:ـ

١ـ **العوامل البيولوجية/ والعصبية:** أظهرت العديد من الدراسات فى السنوات الأخيرة وجود بعض المؤشرات البيولوجية والعصبية للجنسية المثلية يمكن توضيحها من خلال ثلاث مؤشرات هى:ـ

١ـ وجود فروق تشريحية بين مخ الرجال ذوى الجنسية المثلية والجنسية الغيرية: أحد هذه الفروق فى نقطة الالتقاء Commissure الأمامية وهى حزمة من الألياف العصبية التى تسمح لنصفى المخ بالتواصل وبعضهما البعض فهى أكبر فى الرجال اللواطيين عن كل من الرجال والنساء ذوى الجنسية الغيرية. أما الفرق الثانى فهو أن الهيبوثلاموس أصغر فى الرجال اللواطيين من ذوى الجنسية الغيرية، إلا أن بعض الدراسات ذكرت أن هذه الفروق التشريحية ربما نتيجة وليست سبباً للجنسية المثلية، إلا أن الدراسات التى تمت على الحيوانات أوضحت أن الفروق بين الجنسين فى تركيبة المخ تحدث مبكراً أثناء النمو فى مرحلة الجنين (قبل الولادة)، ويوضح ذلك أنه من غير المحتمل ألا ترجع الفروق التشريحية بين ذوى الجنسية المثلية والغيرية إلى نمط حياة ذوى الجنسية المثلية.

٢ـ أوضحت بعض الدراسات وجود أساس وراثى للجنسية المثلية: حيث كشفت دراسات التوائم للذكور اللواطيون والإناث السُحاقيات وجود معدل مرتفع من الجنسية المثلية بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم الأخوية فى حالة وجود أحدهما يعانى من هذه المشكلة، ويدعم ذلك وجهة نظر المؤيدين للدور الوراثى للإضطراب حيث أن التوائم المتماثلة تنتج عن بويضة واحدة ملقحة فى حين تنتج التوائم الأخوية عن بويضتان وتأتى بعض الأدلة الأخرى فى هذا الإطار من فحص الحامض النووى DNA فى أسر الرجال اللواطيون، فمعدل الجنسية المثلية بين

أخوة، وأخوال وخالات هؤلاء الرجال اللواطيون أعلى بكثير من معدلها فى المجتمع العام. وبتحليل الحامض النووى لاقتفاء الكيفية التى يُكتسب بها هذا العامل الوراثى، حيث وجد أن الكرموسوم X هو المسئول عن ذلك فى حالة ضعف قابليته للتمدد، وهذا الكرموسوم يكتسبه الرجال من أمهاتهم.

٣ـ دعمت بعض الدراسات وجهة النظر القائلة بأن الرجال ذوى الجنسية المثلية والغيرية يختلفون فيما بينهم فى قدرات معرفية معينة تعكس الاختلافات فى هندسة المخ، ففى أحد اختبارات القدرة البصرية/ المكانية كانت درجات اللواطيون تقع بين درجات الذكور ذوى الجنسية الغيرية من جانب والنساء ذوات الجنسية الغيرية فى الجانب الأخر، وتكشف هذه النتائج عن أن الذكور اللواطيون يمثلون "الجنس الثالث" فى المستوى العصبى وتؤكد هذه النتائج بشكل عام أن الوراثة تلعب دوراً هاماً فى الجنسية المثلية (Wilson, G.t. et al, 1996).

٢ـ العوامل النفسية: أثرت النظرية السيكوديناميه بشكل كبير فى تشكيل أراء الأخصائيين الاكلينيكيين حول الجنسية المثلية، حيث ترجع هذه النظرية مشكلة الجنسية المثلية إلى وجود علاقة قوية وحماية زائدة من الأم، وغياب فعالية دور الأب، ومن المعتقد أن الفرد يثبت عند مستوى غير ناضج من النمو النفسجنسى نتيجة هذه التأثيرات الوالدية السالبة ويفند (ريتشاردسوين ١٩٧٩) الأسباب المؤدية لتحول الفرد إلى الجنسية المثلية من وجهة نظر التحليل النفسى فيما يلى:

١ـ لأنه فشل فى تقمص شخصية والده والتوحد معها، وبالتالى مع الدور المذكر، أما بالنسبة للبنات فإن السحاق يكون راجعاً إلى العجز عن التحول من الموضوع الطبيعى الأول للحب وهو الأم إلى واحد من أفراد الجنس المقابل.

٢ـ لأنه أحس بعجزه عن التنافس مع والده، ولأنه يحاول أن يكتسب القوة عن طريق الأمتصاص الرمزى للقوة من خلال الاتصال الجنسى بشخص قوى من بين الذكور.

٣ـ لانه تمت لديه استجابات من نوع الصراع بين الإقدام والإحجام تجاه النساء على أساس من مخاوفه المبكرة من الخصاء لو أنه اقترب من أمه.

وفى دراسة تتبعية قام بها جرين Green 1987 على ٤٤ ولد لمدة ١٥ سنة من مرحلة الطفولة المبكرة إلى المراهقة أو الرشد المبكر، حيث لاحظ أن ثلاث ارباع هؤلاء الأولاد أصبحوا لواطيون أو مزدوجى الجنس (أى ينجذبون لكل من الجنسين) وتختلف نتائج تلك المجموعة عن مجموعة ضابطة مماثلة من الأولاد المذكرين Masculine boys التى أصبح فيها ولداً واحداً فقط لواطياً، فى الحالات التى حاول آبائهم تثبيط السلوك الأنثوى لديهم انخفضت الميول الجنسية المثلية لديهم، ولكنها لم تنعكس إلى ميول غيرية، ولم يفلح العلاج الذى مارسه المتخصصون لتغيير هذا النمط من السلوك فى منع حدوث الجنسية المثلية على الرغم من أن الأولاد أظهروا بالفعل سلوكاً ذكرياً مطابقاً بشكل أفضل. ولا توجد أدلة ثابتة تشير إلى أن الوالدين هم الذين شكلوا أبناءهم المؤنثين أو جعلوهم لواطيون، وهو ما يدعم وجهة النظر القائلة بوجود استعداد بيولوجى للجنسية المثلية، ويؤكد أن الجنسية المثلية لا ترجع إلى التعلم الاجتماعى فى الطفولة كما يعتقد البعض.

العـــلاج:

يعد علاج التوجه الجنسى للراشدين أمراً صعباً إن لم يكن مستحيلاً بسبب عوامله البيولوجية، فقد بذل العديد من المعالجين الذين هدفوا إلى تغيير الهوية الجنسية ساعات من التحليل النفسى دون تحقيق أى تحسن يذكر فى هذا الإطار، ولم يعطى العلاج السلوكى نتائج أفضل فى حالة الجنسية المثلية مثلما حققه من نجاح فى حالة المشكلات الجنسية الأخرى كالفتشيه وغيرها. وقد اعترف فرويد بعجز التحليل النفسى عن تحقيق النجاح، حيث كتب خطاباً يجيب فيه على إمرأة التمست عنده العون على ولدها المصاب بالجنسية المثلية قال فيه "تسألينى إن كنت أملك المساعدة، وأظنك تقصدين سؤالى إن كنت أملك القضاء على الجنسية المثلية لأجعل الجنسية الغيرية تحل محلها. والإجابة فى صورة عامة إننا لا نستطيع أن نقطع على أنفسنا عهداً بالنجاح فى تحقيق ذلك، إننا نوفق فى عدد معين من الحالات

الى تنمية بذور الميل إلى الجنسية الغيرية التي هى قائمة فى كل أصحاب الجنسية المثلية، ولكننا لا نتمكن من ذلك فى أغلب الحالات، فالمسألة تتوقف على سن الفرد وخصائصه، كما أن نتيجة العلاج لا يمكن التنبؤ بها" (ريتشارد سوين: ١٩٧٩)

وطالما أن العلاج لا يحقق نتائج إيجابية فإنه يجدر بنا الاهتمام بطرق الوقاية من الوقوع فى براثن الجنسية المثلية منذ الطفولة من خلال تنمية الوازع الدينى لدى الأطفال والاستفادة مما ورد فى القرآن الكريم وأحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم عن قوم لوط والعذاب الذى أحيق بهم بسبب سلوكهم هذا، وإبراز عقاب من يفعل فعل قوم لوط وهو القتل سواء للفاعل والمفعول به، بالإضافة إلى تنمية خصائص الذكورة فى الأولاد وخصائص الأنوثة فى البنات، والتعجيل بالزواج لإشباع الدافع الجنسى بطريقة مشروعة والحرص على تجنب رفاق السوء.

المراجـــع

ـ جابر حمزة فراج: جوهرة الإيمان ـ سلسلة البحوث الإسلامية ـ السنة السابعة العدد ٧٨، القاهرة ـ المطابع الأميرية ـ ١٩٧٥.

ـ حسان قمحية وأخرون: الطب النفسى ـ دار النابغه ـ حمص ـ سوريا، ١٩٩١.

ـ ريتشارد سوين: علم الأمراض النفسية والعقلية ـ ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة النهضة العربية ـ القاهرة ١٩٧٩.

ـ كمال محمد دسوقى: الطب النفسى ـ دار النهضة العربية ـ بيروت ١٩٧٤.

ـ محمد السيد عبد الرحمن: نظريات الشخصية: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ـ القاهرة ١٩٩٨.

ـ محمود حمودة: الطب النفسى (النفس أسرارها وأمراضها) ـ الفجالة ـ القاهرة ١٩٩١

Abel, G.G.et al; Mullipe paraphilic diagnoses among sex ofender, Bulletin of American academy of psyhiatry and Low, 1988 No.16.

Althof, S.E. et al: Long term use of Self- injection Therapy of papaverine and phentolamie, J.of Sex and Marital therapy, 1991, No. 17,

American psychiatric Assocation: Diagnostic and statistical manual of mental Disorder (4 th ed), washington, DC. press 1994.

Barlow.D.H:; Causes of Sexual dysfunction, the role of anxiety and Conitive interferance, j.of caunsulting and Clinical psychology, 1986, No.54,

Goleman, D.; Therapies offer hope for sex offenders, New york times, 1992.

Frank, E. et al; Frequency of sexual dysfunction in normal cauples, New England, j. of medicine, No. 299, 1978.

Green, R: Sexual Identity of 37 children rasied by Homosexual or transexual parents, American journal of psychiatry 1978, No.135.

Laws, D.R.(Ed): Relapse prevetion with sex offenders, New york, Guilford press, 1989.

Masters,W.H&johnson.V:; Haman sexual Inadequacy, Boston: Little, Brown, 1970.

Melman, A.&Tifer,L: Surgery for erectile disorders; operative procedures and psychological issues (in) Rosen, R.C.& Leiblum, S.R. (Eds) Erectile disorder: Assessment and treatment, New york, Guilford prees, 1992.

Rekers, G.A.& Loavaas, G.I.: behaviord treatment of deviant Sex role behavior analysis, 1974, No.7.

Seligman, M.E.: what you can chang and what you can't, New yourk, Knopf, 1994.

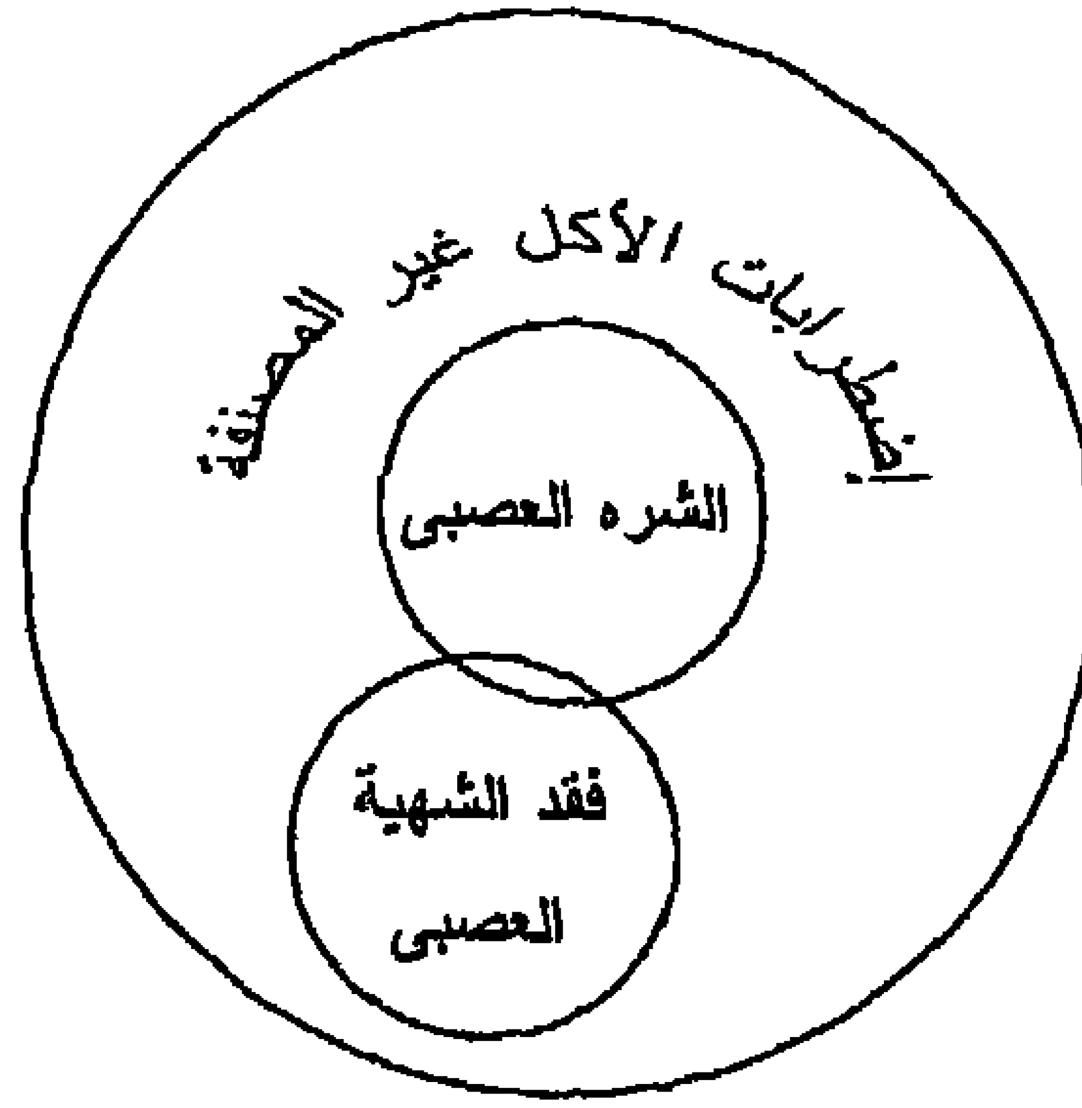
Wilson, G.t. et al: Abnormal psychology, Integrating perspective, Allyn and Bacon, Boston, 1996.

الفصل الرابع

اضطرابات الأكل

Eating Disorders

توصف إضطرابات الأكل بوجود اختلالات حادة فى سلوك الأكل، مع بذل جهود غير تكيفية وغير صحية للتحكم فى وزن الجسم، ومع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن الجسم وشكله. ويعد كل من الشره العصبى، وفقد الشهية العصبى هما أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً، وأكثر الإضطرابات التى دُرست فى هذا السياق فى حين وضعت بقية الإضطرابات تحت إضطرابات الأكل غير المصنفة فى موضع أخر مثل إضطراب الاستمتاع الفوضوى بالأكل binge-eating Disorder الذى يتسم صاحبه بسلوكيات الاستمتاع بالأكل بصورة متكررة ولكن دون سلوكيات التحكم فى الوزن إذا كان غير مناسباً كما فى حالة الشره العصبى. وإذا كانت البدانة Obesity إضطراب متضمن فى التصنيف الدولى للإضطرابات (ICD) ضمن إضطرابات الظروف الطبية العامة إلا أنه ليس كذلك فى الدليل التشخيصى والإحصائى للامراض العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى نظراً لانه لا يرتبط بصورة ثابتة بأعراض سلوكية أو نفسية (أما إضطرابات التغذية والأكل التى يتم تشخيصها بداية فى المهد والطفولة المبكرة كالبيكا مثل تناول أشياء غير معدة للأكل كالورق والقماش والزجاج وغيرها)، أو اجترار الطعام فقد تم تناولها فى الجزء الخاص بإضطرابات التغذية والأكل فى المهد والطفولة المبكرة (DSM.IV, 1994 p.94) ولكن العديد من المتخصصين فى الصحة النفسية يدمجون السمنة كمشكلة مع إضطرابات الأكل، وأصحاب البدانة أو ما يعرف باضطراب الوزن يمكن النظر لظروفهم هذه من زواية الإضطراب المعقد للتمثيل الغذائى أكثر من كونها مشكلة سلوكية فبعض الناس الذين يعانون من البدانة تتزايد لديهم إضطرابات الأكل، ولكن نسبة محدودة من حالات الشره العصبى يصابون بالسمنة ولكن أكثر حالات السمنة عادة ما يكونوا متورطين فى إضطراب الاستمتاع الفوضوى بالأكل ويتم تشخيصهم ضمن إضطرابات الأكل غير المصنفة فى موضع أخر. وعلى العموم يمكن توضيح العلاقة بين الإضطرابات الثلاثة: الشره العصبى، وفقد الشهية العصبى، وإضطرابات الأكل غير المصنفة على النحو الأتى:



عن ويلسون وأخرون ١٩٩٦

وأفضل طريقة لتحديد ما إذا كان وزنك معقول أم لا أن تحسب مؤشر كتلة الجسم body mass Index من المعادلة الأتية

$$\text{مؤشر كتلة الجسم} = \frac{\text{الوزن بالكيلو جرام}}{(\text{الطول بالمتر})^{2}}$$

وقد أوضحت الدراسات التجريبية أن أفضل مؤشر لكتلة الجسم هى التى تتراوح بين ٢٠ـ ٢٥ لكونها تتيح فرصة لتمتع الفرد بالصحة وطول العمر، أما مؤشر كتلة الجسم الذى يتراوح بين ١٨-٢٠ أو ٢٥-٢٧ فهى تمثل مناطق هامشية تدل على انخفاض الوزن بشكل ملحوظ أو ارتفاعه على التوالى، والأشخاص الذين تقع مؤشرات كتلة الجسم لديهم فى هذه المناطق يعانون نسبياً من مخاطر المشكلات الصحية، ولكن الأشخاص الذين تصل لديهم مؤشرات كتلة الجسم إلى ٣٠ أو أكثر فهم يعانون من السمنة ومعرضون لا محالة لمشكلات صحية محققة، أما مؤشر كتلة الجسم الذى يقل عن ١٨ فهو يدل على الانخفاض الواضح فى الوزن ويعد أحد المحكات التشخيصية لفقد الشهية العصبى.

فى حين أن الاستمتاع الفوضوى بالأكل فله اثنين من معالم التحديد أو التعريف أحدهما يقاس باستهلاك كميات كبيرة من الطعام تكون أكبر بكثير من الكميات التى يتناولها معظم الناس خلال نفس الفترة ويتعرضون لنفس الظروف، أما المعلم الثانى فهى الشعور بفقدان السيطرة على الأكل، أو بمعنى أخر: شعورك

بأنك لا تستطيع التوقف، وغالبا ما يصف الناس نوبات الاستمتاع بالأكل بأنها حالة متقلبة ومتباعده وقد وصفها أحد المرضى بقوله "تبدأ هذه الحالة دائماً عندما أستيقظ وأشعر أننى حزين أو يقول شخص ما شيئاً يزعجنى، عندئذ أشعر بدافع قوى للأكل، وعندما يأتينى هذا الدافع أشعر بحرارة وخمول ويشرد ذهنى، وبطريقة أوتوماتيكية أتحرك صوب الطعام، آكل بسرعة كما لو كنت خائفاً من أننى لو أكلت ببطئ سوف أستغرق وقتاً طويلاً للتفكير فيما أفعل، آكل واقفاً أو ماشياً، وغالباً ما آكل وأنا أشاهد التليفزيون أو أقرأ مجلة، وهذا كل ما يمنعنى من التفكير لأن التفكير يمنعنى من مواجهة ما أفعل".

أولاً ـ فقد الشهية العصبى Anorexia Nervosa

عُرف فقد الشهية العصبى منذ أكثر من قرن حين وصفه جول Gull عام ١٨٧٣. ويُعرف بأنه فقد خطير فى الوزن مصحوب باختلال فى صورة الجسم، حيث يبقى المريض خائفاً من زيادة وزنه، ويبدى اختلالاً واضحاً فى إدراكه لشكل وحجم الجسم، ورغم ذلك يعد مسمى هذا الإضطراب غير مطابق تماماً لأعراضه لأن فقد الشهية عادة ما يكون أمراً نادراً.

المحكات التشخيصية لإضطراب فقد الشهية العصبى (DSM.IV, 1994)

أ ـ رفض المحافظة على وزن الجسم عند أو أعلى من الحد الأدنى للوزن الطبيعى المناسب للعمر والطول (مثال ذلك: فقدان الوزن المؤدى إلى المحافظة على وزن الجسم أقل من ٨٥٪ مما هو متوقع، أو الإخفاق فى الحصول على الزيادة المتوقعة فى الوزن خلال مرحلة النمو مما يؤدى إلى وزن جسم أدنى من ٨٥٪ من الوزن المتوقع)

ب ـ خوف مركز من اكتساب وزن أو خوف الفرد من أن يصبح بديناً حتى أثناء انخفاض الوزن.

جـ ـ اختلال فى الطريقة التى يدرك بها الفرد وزن الجسم أو شكله، وتأثير غير مناسب لوزن الجسم أو شكلة على تقييم الذات Self-evaluation أو إنكار خطورة الوزن المنخفض للجسم.

د ــ فى الإناث اللاتى بدأن المحيض: يكون هناك انقطاع فى الطمث (أمينوريا amenorrhea) أى انقطاع الطمث لثلاث دورات شهرية على الأقل. (وتعتبر الرأة لديها انقطاع فى الطمث إذا كانت دورات الحيض تحدث لديها فقط عقب أخذ هرمون: مثلاً هرمون الاستروجين)

حدد النوع:

ــ **النوع المقيد:** أثناء النوبة الراهنة من فقدان الشهية العصبى لم يشترك الشخص فى الأكل فى حفل أو سلوك تنظيف معوى (أى تقيؤ عمدى أو إساءة استخدام الملينات والمسهلات).

ــ **الاستمتاع بالأكل المصحوب بالتفريغ المعوى:** أثناء النوبة الراهنة من فقدان الشهية العصبى يكون الشخص قد انخرط بانتظام فى الاستمتاع بالأكل فى حفلات أو سلوك التفريغ العمدى (مثلاً: التقيؤ العمدى أو إساءة استخدام الملينات والمسهلات).

وهكذا يقسم الدليل التشخيصى والإحصائى إضطرابات فقد الشهية العصبى إلى نوعين على حسب مدى انتظام عملية الفقد يسمى أحدهما بنمط الاستمتاع بالأكل ثم تفريغه سواء بالتقيؤ المتعمد أو تناول المسهلات ويكون ذلك فى شكل نوبات منتظمة، أما النمط الثانى فيعرف بالنمط المقيد أو المحدد حيث لا تتم هذه العملية بشكل منتظم. ويميل أصحاب النمط الأول أن يكون لديهم تاريخ شخصى وأسرى قوى لوجود السمنة ومعدل مرتفع من السلوكيات الاندفاعية تشمل السرقة، وإساءة استخدام العقاقير، والإيذاء المتعمد للذات والتقلب المزاجى.

ومأساة الفقد العصبى للشهية يوضحه المصير المحتوم للاعبة الجمباز الأمريكية كريستى هينريتش Henrich, c. التى ماتت بسبب فشل فى الكبد والكليتين وهى فى الثانية والعشرين من عمرها، وكان وزنها عندئذ ٦٤ رطل، وكانت قبل ذلك بقليل تزن ٧٤ رطل، وكانت تتردد على المستشفى للعلاج وبلغ إجمالى ثمن أقراص الدواء المسهلة التى تناولتها أكثر من مائة ألف دولار، وقبل تنويمها بيوم واحد فى المستشفى وجد والديها أن حقيبتها لها جيوب سحرية حيث كانت تخفى الملينات بداخلها، وفى مركز العلاج تم ربطها بإحكام إلى مقعد ثابت

لمنعها من الجرى فى كل مكان وفى جهد يائس لتعويضها الوزن الذى فقد أثناء التدريب. ولسؤ الحظ، فإنه من الشائع أن يأتى المرضى إلى مراكز العناية المتخصصة بضغوط من والديهم الذين يلاحظون فقدهم الزائد فى الوزن وليست بدوافع داخلية بحثاً عن المساعدة لأنفسهم، ويقاوم مرضى فقد الشهية العصبى أى تغير فى أوزانهم ويرفضون حدوث أى زيادة فى الوزن ما لم ينتج عن الجوع القارص هذا أعراضاً جسمية أو نفسية تسبب شعوراً شديداً بالكرب، كما يصعب إقناع هؤلاء المرضى بعدم معقولية مخاوفهم من اكتساب المزيد من الوزن، أو أن الأوزان المنخفضة بصورة ملحوظة غير مرغوبة وضارة بالصحة.

ويختلف كلا نمطى إضطراب فقد الشهية العصبى اكلينكياً بشكل واضح، فذوى النمط المقيد (غير المنتظم) لديهم درجة أعلى من الضبط الذاتى، ومتصلبين ووسواسيين أما نمط الاستمتاع بالأكل بشراهة وتفريغه فلديهم تناوب بين فترات من الضبط الصارم والسلوك الاندفاعى. وأصحاب النمط الثانى عادة ما يكونوا أكثر عرضة للمرض النفسى، وعادة ما يحاولون الانتحار عن أصحاب النمط المقيد.

نسبة الانتشار:

تتراوح نسبة انتشار فقد الشهية العصبى ما بين ٠,٢-٠,٨٪ ويظهر فى سن المراهقة، وتؤكد الأبحاث أنه يبدأ فى سن تتراوح بين ١٤-١٨ سنة، ويشاهد لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور بنسبة تصل إلى الضعف، ومحصلة هذا الإضطراب متباينة الشدة من مريض لأخر، ففى بعض الأشخاص لا يستمر المرض إلا نوبة واحدة فقط، وفى البعض الأخر يستمر المرض فى التأرجح بين استعادة الوزن الطبيعى والانتكاس مرة أخرى، وقد يؤدى هذا التأرجح فى تطور المرض إلى فترات من الإقامة بالمستشفيات، ويعد هذا ضرورى عندما يتدهور وزن المريض إلى مستوى خطر، وبعض المرضى لا يزداد وزن أجسامهم فقط بل قد يصابون بشراهة عصبية أو باضطراب الاستمتاع بالأكل المؤدى إلى السمنة، وأقلية من المرضى لا يشفون أبداً، كما يموت ما بين ٥-١٨٪ من مرضى فقد الشهية العصبى بسبب هذا المرض.

الأمراض النفسية المصاحبة لفقدان الشهية العصبى: يعد الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية شيوعاً فى ارتباطه بفقد الشهية العصبى، حيث تتراوح نسبة اقترانه بالمرض ما بين ٢١-٩١٪ من المرضى، ومع ذلك فإن هذه النتائج يجب أن تؤخذ بحذر لأن معظم الأعراض المصاحبة للامتناع عن الطعام أو الحرمان منه قريبة الشبه بأعراض الاكتئاب. وأحد الطرق المتبعة لتوضيح هذه القضية هو دراسة المرضى الذين ازداد وزنهم بعد نجاح العلاج معهم، ولتحقيق ذلك قام الباحثون بمقارنة معدلات الإضطرابات الانفعالية بين المرضى الذين ما زالوا يعانون من الأعراض المرضية والذين تحسنوا وأصبحوا لا يعانون من هذه الأعراض مرة أخرى ولمدة سنة من بداية التقييم، وقد وجد أن العلاقة بين ظاهرة فقدان الشهية العصبى والأعراض المؤثرة تمتد أبعد من التأثيرات الثانوية للجوع. كما يتزامن حدوث فقد الشهية العصبى مع إضطرابات القلق وخاصة الوساوس القهرية، فالميول الوساوسية تم ملاحظتها بوضوح من قبل العديد من الباحثين لمرضى فقد الشهية العصبى، وقد لوحظت هذه التصرفات الوسواسية قبل ظهور المرض، وبعد استعادة الوزن، وفى دراسة تتبعية طويلة المدى على مرضى فقد الشهية العصبى لاحظ تونر أخرون Toner et al 1988 أن أعراض الوساوس القهرية تحدث بنسبة ٢٦,٧٪ فى المرضى ذوى الأعراض الواضحة، وبنسبة ٣٨,٥٪ بعد التحسن والعلاج، وبنسبة ٣٦,٨٪ فى المرضى الذين لا تبدو عليهم أعراض فقد الشهية العصبى على مدار حياتهم.

كما يشيع سوء استخدام العقاقير بين مرضى فقد الشهية العصبى وتتراوح نسبة الاقتران بينهما ما بين ٦,٧-٢٣٪ (wilson, G.t 1993) فمستوى إساءة استخدام العقاقير مرتفع بين الأفراد ذوى النمط الذى يستمتع بالأكل ثم تفريغه مقارنة بذوى النمط المقيد، كما ترتبط إضطرابات الشخصية بفقد الشهية العصبى وتتراوح النسبة بين ٢٧-٩٣٪ ، وقد أكدت العديد من الدراسات أن فقد الشهية العصبى يرتبط بشدة باضطرابات المجموعة (جـ) من إضطرابات الشخصية التى تشمل الشخصية التجنبية، والإعتمادية والشخصية الوسواسية المقهورة.

المضاعفات الطبية لمرض فقدان الشهية العصبى:- من الممكن أن تحدث أعراض طبية خطيرة مع المرض وذلك نتيجة الجوع وسوء التغذية، ومن العلامات والشواهد البدنية الشائعة جفاف الجلد وميلة للاصفرار والبهتان ووجود زغب Lanvgo (الزغب هو الشعر الناعم والرقيق والأملس) على الجذع والوجه والأطراف كما أن هؤلاء المرضى ذوى حساسية عالية للبرد، وتظهر لديهم مشاكل بالدورة الدموية والقلب مثل انخفاض ضغط الدم المزمن وبطء ضربات القلب. ومع كثرة محاولة دفع أنفسهم للتقيؤ يؤدى ذلك الى تضخم الغدد اللعابية وتآكل المينا بالأسنان، أما أخطر المضاعفات الطبية للمرضى فهى الجفاف المزمن وعدم اتزان وإضطراب الكترولات (أيونات) عناصر الجسم والذى يرجع الى زيادة معدل التقيؤ، كما يؤدى نقص عنصر البوتاسيوم فى الدم الى زيادة خطر حدوث الفشل الكلوى وإضطراب فى معدل ضربات القلب، وتؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسى أن حوالى ١٠٪ من مرضى فقد الشهية العصبى يموتون بسبب هذه المخاطر الطبية وبسبب ما يرتكبونه من محاولات الانتحار، وهذه الحالات الطبية الخطرة جعلت التقييم الطبى البدنى (وليس النفسى فقط) لهؤلاء المرضى جزءاً أساسياً من علاجهم.

ثانياً ــ الشره العصبى bulimia Nervosa:

عرف عامة الناس الشره العصبى من متابعتهم لحياة الأميرة دينا أميرة مقاطعة ويلز أثناء كفاحها مع هذا المرض، والشره (النهم) العصبى أحد إضطرابات الأكل يتضمن شره شديد للأكل وإفراط كبير فيه يتلوه شعور بالذنب والاكتئاب، وتقريع للنفس عن قبولها بذلك وعلى الرغم من وجود بعض المشاعر المرافقة من فقد السيطرة على تناول الطعام فإنه لا يوجد نقص واضح فى الوزن تحت الحد السوى المناسب للعمر والطول، ومن الملامح الأخرى نذكر تناول طعام عال القيمة الغذائية والسعرات الحرارية، وكثرة الاستغراق فى وزن الجسم وشكله، وقد تكون هناك محاولات لتخفيف الوزن بالحمية (الرجيم) والتمارين الرياضية واستعمال الملينات والحقن الشرجية، وقد تنتهى عوارض النهم بالنوم أو الألم البطنى أو البعد عن الأخرين أو التقيؤ المفتعل (حسان قمحية وأخرين: ١٩٩٣)

المحكات التشخيصية للشره العصبى (DSM.IV, 1994)

أ ـ نوبات متكررة من الأكل الفوضوى bing eating وتتميز كل نوبة بما يلى:

١ـ الأكل فى فترات غير مرتبطة (متقطعة) (مثلاً: خلال ساعتين من الزمن) لكمية من الطعام تعد أكبر بكثير مما يأكله معظم الناس خلال فترة مماثلة من الزمن وتحت نفس الظروف.

٢ـ إحساس بنقص السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثلاً: إحساس أن المرء لا يمكن أن يتوقف عن الأكل أو يتحكم فى ما يأكله، ومقدار ما يأكله).

ب ـ سلوك تعويضى متكرر وغير مناسب لمنع زيادة الوزن مثل تعمد القيئ وسؤ استخدام الملينات والمسهلات ومدرات البول، والحقن الشرجية وغيرها من الأدوية أو الصيام عن الأكل والإكثار من التمرينات الرياضية.

جـ ـ الأكل الفوضوى والسلوك التعويضى يحدثان على الأقل بمعدل مرتين أسبوعياً ولمدة ثلاثة شهور.

د ـ يتأثر التقويم الذاتى بشكل الجسم ووزنه وبصورة غير صحيحة.

هـ ـ لا يحدث الإضطراب بشكل قاطع خلال نوبات فقدان الشهية العصبى.

حدد النمط:

١ـ النوع التطهيرى (التسهيلى) Purging type: أثناء النوبة الراهنة من الشره العصبى يكون الشخص قد انخرط بشكل منتظم فى التقيؤ المتعمد أو سوء استخدام الملينات والمسهلات.

٢ـ النوع غير التطهيرى (غير التسهيلى) Non purging type: أثناء النوبة الراهنة من الشره العصبى يكون الشخص قد استخدم سلوكيات تعويضية غير مناسبة مثل الصوم (ليس بدافع دينى طبعاً) أو التمرينات البدنية الزائدة ولكن لم ينخرط بشكل منتظم فى تقيؤ عمدى أو سوء استخدام للملينات والمسهلات.

وتؤكد الدراسات أن النمط الأول التسهيلى هو الأخطر والأكثر قدرة على التحوال الى مرض مزمن. ويمكن إدراك التأثير الحقيقى للشره العصبى من خلال

إلقاءنا نظرة على حياة لاعبة الجمباز العالمية نادية كومانشى Nadia Comincia هذه الفتاة الرومانية التى أبهرت العالم بأداءها الرياضى فى لعبة الجمباز وهى فى الخامسة عشر من عمرها، وفازت بالميدالية الذهبية لأولمبيات ١٩٧٦، وبعد عامين زاد طولها حوالى ٩سم وزاد وزنها حوالى ١٠ كيلوجرام وكان ذلك بداية كفاحها مع خفض الوزن وإضطراب التهامها للطعام، وعندما بلغت الثامنة والعشرين وصفت نفسها بكونها سمينة وقبيحة رغم أنها لم تكن كذلك بالضبط. وعندما عرضت جريدة الحياة اللندنية قصة حياتها من خلال كتابات الصحفية بربرا هاريسون التى قالت "تناولت العشاء مع بطلة الجمباز السابقة وكانت شهيتها للطعام فى منتهى النهم والشره، فهى تأكل طعامها وطعام رفاقها أيضاً وبعد أن تشعر بالشبع تذهب إلى دورة المياة وتتغيب لفترة طويلة ثم تعود بعينين هزيلتين دامعتين، وتنظف أسنانها وتأكل من جديد، فهى تأكل كميات ضخمة من الفواكة وتحتسى كميات من المشروبات ثم تأخذ طريقها إلى دورة المياة مرة أخرى وعندما تعود، تعود بابتسامتها الجميلة، ولكن تبدو نادية قادرة الآن بعد علاجها على التعامل مع إضطرابات الأكل لديها ومشاكلها الأخرى المتعلقة بذلك، إنها تساعد بدورها فى إعداد الأبطال الجدد للعبة الجمباز وكمدربة لهم.

كما يشترط الدليل الرابع للإضطرابات (فى المحك رقم هـ) ألا توجد لدى المريض الأعراض والمعايير التشخيصية لمرض فقدان الشهية العصبى، وهذا العامل حصر تشخيص الشره العصبى فى الأشخاص ذوى الأوزان المعتدلة أو فوق المعتدلة، والسبب الرئيسى الذى يؤدى لاختلاط التشخيص بين الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى يتعلق بملابسات العلاج، فمثلاً فى فقدان الشهية العصبى توجد حاجة لزيادة الوزن عند المريض، كما تختلف النظرة العامة للعلاج فى الحالتين، فالشره العصبى يمكن علاجه جيداً فى معظم الحالات كما فى حالة نادية كومانشى، أما فقدان الشهية العصبى فهو مرض عنيد ويتطلب علاج طويل الأمد.

وقد تم دراسة سلوك الأكل فى مرض الشره العصبى مباشرة تحت ظروف مختبرتة من قبل ولش Walsh 1993، حيث أعطى المرضى تعليمات لأن يأكلوا بنهم أو بشكل طبيعى فى مناسبات متباينة، ويتم مقارنة سلوكهم فى الأكل بمجموعة

ضابطة (لا تعانى من أية إضطرابات للأكل) تم اختبارهم بنفس الأدوات. وأوضحت النتائج أن مرضى الشره العصبى يتناولون كميات من الطعام أكبر مما تتناوله المجموعة الضابطة العادية عندما يطلب منهم أو يُبلغون أن بإمكانهم أن يفرطوا فى الأكل، ولكن لا توجد فروق بين مرضى الشره العصبى والمجموعة الضابطة فى الكميات النسبية للمواد الغذائية التى يستهلكونها. ففى حالات نوبة الأكل الهمجى كان مرضى الشره يحصلون على ٤٧٪ من سعراتهم الحرارية من الكربوهيدرات، فى حين أن المجموعة الضابطة تحصل على ٤٦٪ من سعراتها الحرارية من الكربوهيدرات. والسعرات المستمدة من الدهون كانت ٤٠٪ لمجموعة مرضى الشره العصبى، ٣٩٪ للمجموعة الضابطة على التوالى..

وكما هو الحال فى مرضى فقدان الشهية العصبى فإن مرضى الشره العصبى يبدون نمطاً يتميز بصلابة وصرامة الالتزام بالمعايير، والتفكير طبقاً لقاعدة الكل أو لا شيء على الإطلاق. ويحدد المرضى لأنفسهم شروطاً مطلقة لا تقبل المساومة، فأما أن يكونوا مسيطرين على أنفسهم بالمرة. ملتزم أو مفرط فى الأكل، جيد أو سيئ ولا شيء بين النقيضين.

نسبة الانتشار:

تتراوح نسبة انتشار الشره العصبى بين المراهقات والنساء فى مرحلة الرشد المبكر ما بين ١-٣٪ من المجتمع العام. ويبدأ الشره العصبى عادة فى سن المراهقة أو بداية الرشد، وعادة ما تبدأ مرحلة الأكل الفوضوى بعد فترة من الرجيم القاسى ثم يعقبها بعد ذلك مرحلة التسهيل وتعكس النسبة المذكور طبقاً DSM. IV الحالات التى تنطبق عليها المحكات التشخيصية الكاملة للإضطراب، ولا تشتمل على الحالات غير كاملة المحكات أو من يعانون إضطرابات فرعية للأكل.. والإضطراب شائع جداً فى الإناث مقارنة بالذكور لدرجة أن نسبة المرض بين الإناث تبلغ عشر أضعافها عند الذكور.

ورغم أن الشره العصبى وصف بداية عام ١٩٧٩م بواسطة جيرالد راسل Russell, G. فى انجلترا، إلا أنه أصبح الأن معروفاً على نطاق واسع كاضطراباً اكلينكياً، وهذا التطور يمكن ملاحظته بتحليل وحصر الحالات المحولة إلى المراكز

العلاجية الشهيرة المخصصة لعلاج هذا الاضطراب فى أقطار مختلفة، ففى تورينتو بكندا على سبيل المثال ظلت الحالات المحولة للعلاج من فقد الشهية العصبى ثابتة تقريباً بين عامى ١٩٧٥، ١٩٨٦م فى حين حدثت زيادة فى معدل الحالات المصابة بالشره العصبى كما حدث نفس الأمر فى أماكن أخرى مثل نيوزلاندا وانجلترا. وتصل نسبة الإضطراب بين النساء فى اليابان وماليزيا ٢٪ وفى الصين حوالى ١,١٪.

الأمراض النفسية المرتبطة بالشره العصبى:-

يرتبط الشره العصبى بقوة بالعديد من الصور الأخرى للأمراض النفسية فى العينات الاكلينيكية، ويتزامن حدوثه بشكل متكرر مع الاكتئاب حتى أن بعض الباحثين يفترض أن كلا الإضطرابين يشتركا فى درجة وبائياتهما أو انتشارهما، كما أن الدراسات التى تناولت العائد من العلاج أوضحت أن الاكتئاب يكاد يختفى مع نجاح علاج إضطرابات الأكل. وهذه الأدلة وغيرها توضح أن الاكتئاب بمثابة نتيجة أو يرتبط بالشره العصبى ولكنه ليس سبباً له. كما يتزامن حدوث القلق مع الشره العصبى. وقد اختبر سكولبرج ورفاقه Schwalberg et al 1992 ٢٠ مريض بالشره العصبى، ٢٠ مريض بالفوبيا الاجتماعية، ٢٠ مريض يعانون نوبات الهلع وذلك لمعرفة العلاقة بين إضطرابات الأكل وإضطرابات القلق، ووجدوا أن ٧٥٪ من مرضى الشره العصبى لديهم أعراض تقابل المحكات التشخيصية لأحد إضطرابات القلق كما توصف فى الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية DSM, IIIR، وأكثر إضطرابات القلق شيوعاً لديهم هى إضطراب القلق المعمم، والفوبيا الاجتماعية ولم تكن نسبة إضطرابات الأكل بين حالات إضطرابات القلق أعلى من ذلك، مما يدل على وجود علاقة بسيطة بين إضطرابات الأكل وإضطرابات القلق.

وترتبط إساءة استخدام العقاقير بالشره العصبى، وعلى مدار الحياة يتراوح معدل الاستخدام الخاطئ للعقاقير بين مرضى الشره العصبى ما بين ٩-٥٥٪ وهذه العلاقة الواضحة بين الإضطرابين (إساءة استخدام العقاقير والشره) ربما تعكس النزعة المتزايدة للأشخاص الذين يعانون أكثر من مشكلة ليجدو طريقهم إلى

العلاج وقد وجد كندلر وأخرون Kendler et al 1991 أثناء فحصهم لأكثر من ١٠٠٠ توأم من الإناث فى فيرجينا أن من بين ١٢٣ حالة منهن يعانون من الشره العصبى كانت حوالى ١٥,٥٪ يتعاطون الكحول على مدار حياتهن، وتوضح هذه النتائج أن كل من الشره العصبى وإساءة استخدام الكحول مشكلتين مترابطتين حتى بين عامة الناس. على الرغم من أن التقريرات الأولية عن الارتباط بين الإضطرابين لم تكن مبنية على نتائج مستمدة من عينات. وإذا كانت إضطرابات الأكل وإساءة استخدام العقاقير يحدثان معاً، فإنه يجب أن يكون هناك معدل أعلى من المتوسط لإضطرابات الأكل بين الأشخاص الذين يعانون من مشكلات إساءة العقاقير، وقد وجد بالفعل أن هذا الارتباط قائم وحقيقى، فمن أكبر الدراسات التى تمت فى هذا السياق تلك الدراسة التى تمت فى اليابان، واختبرت عينة قوامها ٣,٩٥٢ مريض دخلوا المستشفى لإدمانهم الخمر أو الكحوليات، ووجد الباحثون أن ١١٪ من الإناث، ٢,٠٪ من الذكور يعانون أيضاً من إضطرابات الأكل. ومعظمها كانت إضطراب الشره العصبى (Higuchi et al, 1993).

المضاعفات الطبية للشره العصبى:ـ

كما فى حالة فقد الشهية العصبى، يعد التسهيل أو تفريغ الطعام الذى هو جزء جوهرى من مشكلة الشره العصبى أحد العوامل الأساسية المسببة لأثار صحية سلبية، حيث يشكو هؤلاء المرضى من مضاعفات طبية مثل التعب والصداع وتورم فى الوجنتين يرجع إلى تضخم الغدد اللعابية نتيجة القيئ المتكرر، وأخطر هذه المضاعفات على الإطلاق هو عدم الاتزان بين نسبة المعادن فى الدم. مثل انخفاض نسبة البوتاسيوم والذى يؤدى نقصه إلى عدم انتظام ضربات القلب، كما يسبب الفشل الكلوى. وبعض المرضى يجبر نفسه على القيئ بتناول خلاصة عرق الذهب Ipecac وهذا العقار من شأنه أن يسبب أذى خطير فى القلب، كما أن الاستعمال الخاطئ للملينات والمسهلات بكميات كبيرة قد يسبب مخاطر جمه منها إدمان هذه الأدوية والمعاناة من إمساك شديد عند التوقف عن تعاطيها أو تؤدى إلى أذى واضح للقولون، إنه من الأهمية بمكان لأى شخص يعانى من الإسهال أن

يخضع لفحوصات طبية واختبارات لعينات من دمه لاختبار حالة التوازن المعدني (كالصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم) وكذلك التوازن بين سوائل الجسم.

ثالثاً ـ إضطراب الاستمتاع الفوضوى بالأكل Binge- eating Disorder

يصنف هذا الإضطراب فى DSM.IV باختصار ضمن إضطرابات الأكل غير المحددة فى موضع أخر ويعرض المحكات التشخيصية لهذا الإضطراب فى المحلق (B) ضمن الإضطرابات التى ما زالت فى طور البلورة وتحتاج لمزيد من البحوث: والأفراد الذين يعانون من إضطراب فوضوية الأكل ينهمكون فى الأكل بطرق مسرفة بصورة متكررة ولأنهم لا يستوفون المحكات التشخيصية للشره العصبى، فهم لا ينخرطون بانتظام أو عدم انتظام فى عملية تفريغ المعدة والأمعاء سواء بالقيئ المتعمد أو تناول المسهلات ولا يحددون أى مدى لأوزانهم وكل ما يتوفر من معلومات أن هذا الإضطراب ينتشر فى الأشخاص الذين يعانون من البدانة المفرطة، ومثل هؤلاء الأفراد يشار إليهم فى الأدب السيكولوجى كما لو كانوا مجبرين على الأكل بشراهة..

المحكات التشخيصية لفوضوية الاستمتاع بالأكل (DSM. IV, 1994, p: 731)

أ ـ نوبات متكررة من الأكل بنهم وفوضوية وتتصف كل نوبة بالخصائص الأتية:ـ

١ـ الأكل فى فترات غير مرتبطة (متقطعة مثلا: خلال ساعتين من الزمن) لكمية من الطعام تعد أكبر بكثير مما يأكله معظم الناس خلال فترة مماثلة من الزمن وتحت نفس الظروف.

٢ـ إحساس بنقص السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثلاً: إحساس إن المرء لا يمكن أن يتوقف عن الأكل أو يتحكم فى ما يأكله، ومقدار ما يأكله).

ب ـ نوبات الأكل الفوضوى بنهم ترتبط بثلاثة أو أكثر مما يلى:ـ

١- الأكل بسرعة أكبر من العادية.

٢- الأكل حتى يشعر بالامتلاء أو الشبع غير المريح.

٣- أكل كميات كبيرة من الطعام فى وقت لا يشعر فيه بالجوع.

٤- يأكل وحده لأنه يكون فى حالة من الارتباك بسبب الكميات الكبيرة التى يأكلها

٥- الشعور بالاشمئزاز من ذاته، والاكتئاب والشعور بالذنب المبالغ فيه بعد الإفراط فى الأكل.

جـ - يوجد شعور بالكرب الواضح أثناء حالة النهم أو شراهة الأكل.

د - حالة النهم الفوضوى هذه توجد فى المتوسط ليومين فى الأسبوع لمدة ستة شهور.

لاحظ أن: تختلف طريقة تحديد التكرار عما هو متبع فى حالة الشره العصبى ويجب على الدراسات المستقبلية أن توضح مدة وعدد مرات كل نوبة.

هـ - لا يرتبط النهم الفوضوى بسلوك تعويضى غير مناسب (مثلاً: التفريغ المتعمد بالقيئ أو التسهيل باستخدام الملينات، أو ممارسة رياضة بدنية) ولا تحدث مطلقاً أثناء نوبة الشره العصبى أو فقدان الشهية العصبى.

هذا وقد أوضحت الدراسات المعملية أن المرضى البدناء الذين يعانون من الإسراف الفوضوى فى الأكل يتناولون كميات كبيرة من الأكل عما يتناوله البدناء الذين لا يعانون هذا الإضطراب عندما توجه لكليهما تعليمات للأكل بشراهة أو بطريقة طبيعية، ولا تختلف المجموعتين فى نوعية ما يأكلون، وعلى سبيل المثال فإن المرضى البدناء الذين يعانون من إضطراب الإسراف الفوضوى فى الأكل لا يتناولون كميات أكبر من الكربوهيدرات عما يتناولها البدناء فى المجموعة الضابطة. وبمقارنة هؤلاء المرضى بحالات الشره العصبى ذوى الوزن الطبيعى (العادى) فإن حالات الإسراف الفوضوى فى الأكل كانت وجبتهم أقل، ولكن مشكلتهم الحقيقية فى أنهم يأكلون كميات كبيرة جداً من الطعام بين كل وجبة والأخرى.

فحالات الإسراف الفوضوى فى الأكل لا يتناولون فقط كميات كبيرة من الطعام ولكنهم كذلك يؤكدون على وجود عادات أكل غير منظمة وفوضوية. وعلى سبيل المثال فقد يتكون طعام الإفطار من قطعة ضخمة من البيتزا تُركت من عشاء الليلة السابقة، وبعد ذلك يتبعها بطبق من الحبوب البقولية كالفول أو العدس، أما الغداء فقد يتكون من قطعة من الفطير متبوعة بعدد من سندوتشات مطاعم الوجبات السريعة، وبعد ذلك يتناول المزيد من قطع الفطير. إن عدم التنظيم هذا يسهم بفاعلية فى إحساس الفرد بفقد السيطرة على ذاته، كما أن عدم التنظيم والنهم هو الذى جعل العلماء يفضلون استخدام مصطلح الإسراف الفوضوى لمسمى هذا الإضطراب. وقد أجرى سبتزر ورفاقه Spitzer et al 1992 دراستين كبيرتين فى أماكن متفرقة بناء على مقياس للتقريرات الذاتية، وقرروا أن ٣٠٪ من حالات الإسراف الفوضوى فى الأكل بين المرضى البدناء هم الذين يبحثون عن علاج للتحكم فى أوزانهم مقابل ٢٪ فقط من المجتمع العام هم الذين يسعون لذلك. وفى دراسة أخرى فى انجلترا قام بها فايربرن وأخرون Fairburn et al 1993 واختبروا فيها عينة قوامها ٢٤٣٠ إمرأة كعينة ممثلة للمجتمع الأصلى وجدوا أن ٤,١٪ من النساء قرروا وجود نوبات شره (إسراف فوضوى) مرة واحدة أسبوعياً فى المتوسط، ١,٧٪ قرورا أن لديهم هذه النوبات مرتين أسبوعياً، واستنتج الباحثون أن حالات الإسراف الفوضوى كما عرفت فى DSM. IV لا تظهر كسلوك شائع حتى بين المجموعات الأكثر عرضة لمخاطر الإضطراب (كالفتيات صغيرات السن). ومن أهم دعائم الدراسة التى تمت فى انجلترا أن الأفراد كانوا ممثلين للمجتمع، ومن المميزات الأخرى أنه تم قياس الإسراف الفوضوى فى الأكل باستخدام مقابلة اكلينيكية شبه مقننة، كما استخدم اختبار إضطرابات الأكل الذى أعده كل من فايربرن وكوبر ١٩٩٣ الذى يعد أنسب أداة للقياس فى هذا السياق. كما أن دراسة فايربرن ورفاقه ١٩٩٣ أكدت أيضاً على أن الإسراف الفوضوى المتكرر فى الأكل أكثر شيوعاً بين البدناء.

وهكذا أصبح وصف الإسراف الفوضوى كتشخيص جديد محل خلاف وجدل منذ البداية مما دفع بعض الباحثين إلى القول أنه من السابق لأوانه أن نضع تلك المجموعة من المرضى تحت عنوان حالات الإسراف الفوضوى، وأنه من المفيد ومن أكثر الطرق صدقاً أن يبرز فى وقت لاحق تصنيف للمجموعات الفرعية التى تتضمنها حالات الإسراف الفوضوى، بالإضافة لذلك فقد وجد النقاد أخطاء فى الدراستين اللتين تمتا على حالات الإسراف الفوضوى من قبل سبتزر ورفاقه فى ١٩٩٢، ١٩٩٣ على التوالى ــ فكلا الدراستين استخدمتا اختبارات تعتمد على التقرير الذاتى ـ وليست الملاحظة ـ وهو ما يمكن ان يعطى نتائج غير صادقة أو ثابتة عن الإسراف الفوضوى فى الأكل. ورداً على ما ذكره النقاد اقترح سبيتزر ورفاقه أننا نحتاج إلى مزيد من التركيز والانتباه لمعرفة طبيعة الإسراف الفوضوى، وأكدوا ان ما قاموا به من عمل لتشخيص هذا الإضطراب يعد خطوة هامة فى هذا الاتجاه (Wilson, G.t. et al, 1996)

الامراض النفسية المرتبطة بالإسراف الفوضوى:ــ الأشخاص البدناء الذين يأكلون بإسراف وفوضوية يبدون مستويات أعلى بدلالة إحصائية فى معدل الإصابة بالأمراض النفسية عما يوجد لدى البدنا غير الفوضويين nonbingers، وعلى سبيل المثال وجد سكولبرج وأخرون ١٩٩٢ أن ٦٠٪ ممن يعانون إضطرابات عاطفية على مدار حياتهم، ٧٠٪ من إضطرابات القلق كانوا من عينات من البدناء الذين يعانون الإسراف الفوضوى المتكرر، وعلى عكس الشره العصبى، فإن إضطراب الإسراف الفوضوى يبدو أنه لا يرتبط بوضوح بإساءة استخدام العقاقير (Wilson G.t. 1993)

رابعاً ـ إضطرابات الأكل غير المصنفة فى موضع أخر:ــ

مجموعة إضطرابات الأكل غير المحددة فى موضع أخر تخصص للإضطرابات التى لا تستوفى محكات أى إضطراب محدد من قبل وتشتمل الأمثلة على ما يلى:ــ

١- بالنسبة للإناث: كل محكات فقدان الشهية العصبى مستوفاة فيماعدا أن يكون لدى المريضة طمث منتظم.

٢- كل محكات فقدان الشهية مستوفاة فيماعدا أنه على الرغم من الفقد الجوهرى فى الوزن فإن الوزن الحالى للشخص يقع فى المدى الطبيعى.

٣- كل محكات الشره العصبى مستوفاة فيماعدا أن الأكل الفوضوى والسلوكيات التعويضية غير المناسبة تحدث بتكرار أقل من مرتين فى الأسبوع أو لمدة تقل عن ثلاثة أشهر.

٤- الاستخدام المنتظم للسلوك التعويضى غير المناسب من جانب فرد وزنه طبيعى بعد تناوله كميات قليلة من الطعام (مثلاً التقيؤ المتعمد بعد تناول قطعتين من الفطائر).

٥- تكرار المضغ واللفظ من الفم وعدم البلع لكميات كبيرة من الطعام (اجترار الأكل).

الأسبـــاب:

تشترك كل من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية فى حدوث إضطرابات الأكل ويمكن عرضها على النحو الأتى:-

١- العوامل الوراثية:- أظهرت الدراسات التى تمت فى مجال الأسرة أن اضطراب فقد الشهية العصبى والشره العصبى أكثر حدوثاً فى المرضى الذين تربطهم صلة قرابة بمرضى يعانون من إضطرابات الأكل عموماً أكثر ما هو شائع بين عامة الناس. كما أوضحت دراسات التوائم إلى أن الانتقال العائلى familial transmission يرجع إلى التأثيرات الوراثية، وعلى سبيل المثال فقد وجد هولاند وأخرون Holand et al 1988 أن معدل حدوث فقد الشهية العصبى فى التوائم المتماثلة كان ٥٥٪ فى حين يبلغ معدله فى التوائم الأخوية ٧٪ فقط. ويفترض ستروبر Strober 1995 أن الاستعداد الوراثى فى مرضى فقد الشهية العصبى ربما يتم التعبير عنه من خلال عدة أنماط من التركيبات الشخصية. وقد

أوضحت الدراسة والملاحظات الاكلينيكية أن هناك سمات شخصية بعينها تتجمع او تتعنقد (تشكل عنقوداً) فى مرضى فقد الشهية العصبى وتشمل هذه السمات الميول الوسواسية، والتصلب، وكبت العواطف والميل إلى المألوف، وتجنب غير المألوف وضعف القدرة على التكيف مع التغيرات، وطبقاً لرأى ستروبر فإن سمات الشخصية الفاقدة لشهوة الطعام لديهم مشكلات عندما يتعاملون مع قضايا تتعلق بالمراهقة والبلوغ، وهذا الإضطراب إنما يكون بمثابة أسلوب تكيفى خاطئ لمواجهة الصراع بين المراهقة، وحاجة الفرد إلى المكانة والقدرة على التنبؤ والتوقع.

كما كشفت الدراسات الحديثة على التوائم عن وجود تأثير للعامل الوراثى فى الشره العصبى، ففى دراسة لولترز وأخرون Walters et al 1992 ذات ضبط منهجى جيد على ١٠٣٣ فتاة من التوائم وجدوا ارتفاع ذو دلالة بين التوائم المتطابقة عن التوائم الأخوية. وتوضح النتائج المستمدة من هذه الدراسات دور الوراثة فى تحديد الأشخاص الأكثر قابلية للإصابة باضطرابات الأكل.

٢- العوامل البيولوجية: التغيرات الحادثة فى سلوك الأكل يمكن أن يكون لها تأثير على كيفية عمل الجهاز العصبى، ويطرح هذا الأمر قضايا يجب على الباحثين تناولها من خلال دراسة الأساس البيولوجى لإضطرابات الأكل. فهل اللاسواء البيولوجي الملاحظ فى حالات إضطراب الأكل نتيجة أم سبب لسلوكيات اختلال الأكل؟

من الملاحظ أن حالات الشره العصبى يتعرضون لاختلالات فى وظائف هرمون السيروتونين، هذا الناقل العصبى فى المخ الذى يلعب دوراً رئيسياً فى تنظيم الحالة المزاجية وسلوك الأكل، فكيف ينظم السيروتونين الشعور بالجوع أو الشبع أو الرضا؟ وهو ما دفع الباحثين إلى افتراض مؤداه أن السلوك الفوضوى للأكل يتأثر بالنقص فى أداء السيروتونين لوظيفته. والأدلة المتاحة لذلك مختلطة ومشوشة. فبعض الدراسات دعمت الافتراض القاضى بأن الناس المصابين بالشره العصبى لديهم نقص فى نشاط السيروتونين، فى حين لم تجد دراسات أخرى فروقاً

ذات دلالة فى مستوى السيروتونين بين الأفراد الذيـن يعـانون مـن الشـره العصبـى وعينة ضـابطة من الأسوياء.

٣ـ تاريخ العائلة مـن المـرض النفسـى: لاشـك أن الانتقـال العـائلى لكـل مـن الشره العصبى وفقد الشهية العصبـى يعـد تدعيمـاً جيـداً لوجهـة النظـر المؤيـده لـدور الوراثة، كما أن الأدلة من عينات كلينيكية مـن المـرض تؤكـد أن تـاريخ الأسـرة فـى الإصابة بالاكتئاب أو سوء استخدام العقاقير يعد بمثابة عامل مخاطرة لحالات الشـره العصبى، فإدمان الوالدين للكحول أو سـؤ اسـتخدامها للعقـاقير ينبثقـان أيضـاً كعوامـل خطورة محددة فى النساء المصابات بالشره العصبـى، وقـد تـم تدعيـم هـذا الاسـتنتاج الذى قدمه فايربرن ١٩٩٤ من خلال دراسات ستروبر ١٩٩٥ من خلال مقارنـة بيـن أقارب مرضـى الشره أو النمط الفرعى "الاستمتاع الفوضوى بالأكل وتفريغه لمـرض فقد الشهية العصبى" مع أقارب المجموعة الأولى الذين يعانون من إضطرابات تتعلـق بتعاطى العقاقير يعادلون ثلاث أو أربع أمثال أقارب المجموعة الثانية.

٤ ـ التـاريخ الشـخصى والعـائلى للـوزن الزائـد (البدانـه): كـل مـن الـوزن الزائد لدى الفرد ولدى الوالدين يعد كليهما عاملى مخاطرة واضحة للإصابة بالشره العصبى نتيجة ما يحدثان من مخاطر يمكن عزوها لهمـا. ويقصـد بالمخـاطر التـى يمكن عزو الإضطراب لها Attributable risk نسـبة الحـالات فـى المجتمـع العـام التى ترجع باضطرابها إلى عامل المخاطرة. وفى هذه الحالة فقد وجد أن ١٠٪ من مرضـى الشـره العصبـى يصـنفـون علـى أن لديهـم تـاريخ مـن الـوزن الزائـد علـى المستوى الشخصى والعائلى، وكلما زادت حدة البدانة زادت خطـورة العـامل. وقـد تدعم الارتباط بين كلا العاملين من خلال نوعين مـن النتـائج الإضافيـة، الأول: ان المنبأين الإثنين من عوائد المتابعة لمدة ست سنوات للعلاج النفسـى لحـالات الشـره العصبى كانتا فى كل من البدانـة الشـخصية والوالديـن، والثـانى: أن المتابعـة لمـدة عشر سنوات بعد العلاج السلوكى للأطفال البدناء (كانت أعمارهم بين ٦-١٢ سنة) لاحظت وجود معدل مرتفع بينهـم مـن الشـره العصبـى تصـل نسـبته إلـى ٦٪ بيـن البنات (Epstein et al, 1994) والتفسـير المحتمـل لهـذه النتـائج هـو أن النزعـة أو

الميل نحو الوزن الزائد يجعل من الصعب على النساء تحقيق النحافة أو المحافظة عليها التى تعد أمراً ذات قيمة كبيرة وخاصة فى الثقافة الغربية، وهو ما يدفعهم إلى استخدام أساليب ضبط لا هوادة فيها فى الوزن مثل الرجيم القارس، وهو ما يدفعهم بدوره إلى خطر الإصابة بالشره العصبى كما تم شرحه من قبل.

٥ ـ نظام التغذية (الحمية) Dieting :

يرتبط نظام التغذية أو الرجيم ببداية وبقاء إضطرابات الأكل، فقد أوضحت التقريرات الاكلينيكية أن كل المرضى الذين يعانون من إضطرابات الأكل لديهم تاريخ من فترات الحمية تعقب دوماً الاستمتاع الفوضوى بالأكل. وقد أكدت دراستين صحة هذه العلاقة، شملت أحدهما عينة من تلميذات المدارس الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة فى لندن ويتبعون نظاماً غذائياً محدداً (رجيم) وتمت مقارنتهم مع عينة لا تتبع رجيماً محدداً، ووجد أن المجموعة الأولى أكثر تعرضاً لمخاطر تطور إضطرابات الأكل خلال عام من بداية الرجيم، وكانت نسبة صغيرة من العينة هى التى اتبعت نظاماً غذائياً فى بداية الدراسة (٢١٪) ومن تم تشخيصهم على أنهم يعانون من إضطرابات تغذية، ومع ذلك كانت الفتيات اللاتى يتبعن نظاماً غذائياً أكثر احتمالاً لأن يتطور لديهن إضطرابات الأكل بنسبة ثمان أمثال المجموعة الضابطة (patton et al 1990)، أما الدراسة الثانية فكانت تعتمد على تحليل أكثر من ١٠٠٠ من الفتيات التوائم فى مركز تسجيل التوائم بفرجنيا، وتم الحصول منهن على تقريرات ذاتية عن الوزن ونظام التغذية الراهن وتم التنبؤ بفاعليته بتشخيص حالات شره عصبى لدى بعض الحالات خلال ١ – ٣ سنوات بعد المقابلة (Kendler et al, 1991)

وللرجيم (الحمية) أثاراً بيولوجية، ومعرفية وعاطفية متنوعة ربما تجعل الفرد عرضة للاستمتاع الفوضوى بالأكل، فمن بين أثارها البيولوجية، أن الحمية قصيرة المدى فى الإناث العاديات (الأسوياء) أدت إلى خفض واضح فى وظائف هرمون السيروتونين فى المخ ومن المعروف أن اختلال مستوى السيروتونين فى المخ يرتبط باضطرابات الأكل كما ذكرنا من قبل. كما أن للرجيم عدداً من الآثار

المعرفية، فالعديد ممن يتبعون نظاماً غذائياً ثابتاً لديهم معايير متصلبة وغير واقعية لتحكمهم فى نظام الأكل، وعلى المستوى المعرفى فإن ذلك يجعلهم يشعرون بالحرمان، وتحت هذه الظروف الصارمة يكون الأشخاص المتبعين لنظام غذائى قابلين لفقدان تحكمهم إن هم أخلوا بنظام تغذيتهم، وقد تؤدى الذلات أو الهفوات أثناء فترة الحمية إلى كل ردود الأفعال المعرفية وقد لا تؤدى، وهو ما يعرف بآثار إنتهاك التقشف abstinence violation effect، فالأفراد يعزون هفواتهم الغذائية إلى العجز الكامل فى المحافظة على الضبط، وهو ما يجعلهم يتخلون عن كل محاولات تنظيم كمية الأكل ويأكلون بإفراط وشره.

وقد صار من المقبول الآن التحدث عن الدور الواضح الذى تلعبه الحمية أو الرجيم فى تطور إضطرابات الأكل، حتى أن بعض الأطباء ذهب إلى أبعد من ذلك حين اقترح أن نطلق عليها إضطرابات الحمية او الرجيم بدلاً من إضطرابات الأكل. ولكن الرجيم ليس دائماً عاملاً كافياً ـ وليس ضرورياً أيضاً ـ فى حدوث إضطرابات الأكل، فالعديد من النساء فى العالم يتبعن أسلوباً غذائياً للمحافظة على وزن الجسم وشكله، ولكن نسبة قليلة منهن هى اللاتى يتطور لديهن إضطرابات الأكل، فالرجيم بالتأكيد عامل خطر ولكنه ضعيف نسبياً إذا بقى بمفرده، ومن الواضح أنه يجب أن يتفاعل مع عوامل القابلية للإصابة سواء البيولوجية منها أو النفسية ليسهم بدوره فى حدوث إضطرابات الأكل. كما أن الرجيم ليس ضرورياً كظرف مسبب لتطور إضطرابات الأكل، فقد أوضحت النتائج المستمدة من دراسة فايربرن ١٩٩٤ أن الإضطراب يمكن أن يتطور فى غياب وجود نظام غذائى ثابت.

كما أن دور الرجيم بين الأفراد البدناء المصابين بالاستمتاع الفوضوى بالأكل غير واضح أيضاً، وعلى عكس الأفراد المصابين بالشره العصبى، فإن الاستمتاع بالأكل يفوق الحمية أهمية فى حياة هؤلاء الأفراد، فحالات الاستمتاع الفوضوى بالأكل قليلا ما ينخرطون فى سلوك الحمية مقارنة بحالات الشره العصبى، وقد ذكر يانوفسكى وسيدنج ١٩٩٤ أن حالات الاستمتاع الفوضوى بالأكل يقررون معدل أكبر لكميات الأكل من غيرهم سواء فى العدد الإجمالى للسعرات الحرارية (٢٧٠٧ مقابل ١٨٢٩ كيلو كالورى يومياً) أو فى الحد الأدنى

لضبط الوزن. والأكثر من ذلك أن الأفراد البدناء ذوى الاستمتاع الفوضوى بالأكل لديهم معدل مرتفع لتناول الأكل فى أيام عدم المرح nonbing days وهو ما تختلف فيه مع حالات الشره العصبى التى يكون معدلها من الأكل شبه ثابت تقريباً.

٦ـ العوامل النفسية

يعتقد أن العديد من العوامل الشخصية والعائلية المختلفة هى المسئولة عن إضطرابات الأكل، ولكن حتى وقت قريب لم توجد أدلة تجريبية مدعمة لذلك، فالتوقعات حول أسباب المرض بُنيت أساساً على عينات اكلينيكية وهو ما يعد تحديداً فى غاية الأهمية، فالأشخاص الذين يسعون للعلاج ربما لا يكونوا ممثلين لأغلبية الناس المصابين بالمرض. وفى دراسة حديثة فى جامعة إكسفورد بانجلترا تحاول معالجة هذا القصور المنهجى أو غيره من أوجه القصور فى دراسة أسباب الشره العصبى، باستخدام تصميم الحالة الضابطة case- control design حيث انتقيت عينة قوامها ١٠٢ مريض بالشره العصبى ممثلة للمجتمع وتمت مزاوجة كل فرد فيها بحالة ضابطة سوية وأخرى مريضة نفسياً، وتكونت العينة الضابطة السيكترية أساساً من حالات الاكتئاب التى تحتاج إلى معرفة عوامل المخاطرة المحددة لإضطرابات الأكل وليس للمرض النفسى عموماً. وفى دراسة جامعة إكسفورد هذه كان حوالى ٧٥٪ من العينة لم يتلقوا على الإطلاق علاجاً للشره العصبى. وهذه النتائج تؤكد على أهمية التحليل الوبائى لأسباب المرض على عينه ممثله للمجتمع بالإضافة إلى عينة مرضية، فالدراسات التى أجريت على أفراد يبحثون عن العلاج يمثلون فى الغالب مجموعة فرعية من المجتمع العام لإضطرابات الأكل، ومن الملامح المميزة الأخرى لهذه الدراسة جيدة التصميم أنها تستخدم نمط فنى من المقابلات الاكلينيكية بغرض تصنيف وتعميم نسبة انتشار الشره العصبى وعوامل المخاطرة المحتملة فيها. وتم استنتاج نتائج هامة وعديدة من هذه الدراسة، فمن المعتقد أن الإساءة الجنسية فى سن مبكرة تعد من أسباب الشره العصبى، وعلى الرغم من أن التدعيم التجريبى لهذا الاعتقاد مازال مفقوداً، إلا أن دراسة جامعة إكسفورد قد وجدت أن الإساءة الجنسية فى الطفولة تحدث بشكل متكرر فى كل من حالات الشره العصبى والمجموعة الضابطة من المرضى

النفسيين عن معدل حدوثها فى العينة الضابطة السوية أو بعبارة أخرى تعد الإساءة الجنسية فى الطفولة بمثابة عامل مخاطرة عام للمرض النفسى، ولا يمثل عامل مخاطرة خاص للشره العصبى وحده. كما أن كل من التقييم السلبى للذات، والسعى للكمال، والخجل تمثل عوامل مخاطرة نوعية بنسب مساهمة ١١٪، ١٣٪، ١٥٪ على التوالى.

٧ـ **ضغوط مرحلة المراهقة:** يتطور كل من الشره العصبى، وفقدان الشهية العصبى لدى الفتيات أثناء مرحلة المراهقة، ويفسر ذلك بأن مرحلة المراهقة هى الفترة التى تعانى فيها الفتيات عموماً من انخفاض تقديرهن لذواتهن، ويكُن أكثر عرضة للإختلالات العاطفية من الذكور، وفى المقابل لذلك نجد أن صورة الذات للفتيات المراهقات ذات أثر توجيهى فى العلاقات البينشخصية، كما أن البنات المراهقات أكثر انشغالاً بمظهرهن وبعلاقاتهن مع الأخرين، ونتيجة لذلك فإن الفتيات أكثر ميلاً من الذكور فى تأثر مشكلاتهن العاطفية بصورة الجسم ومحاولاتهن التأثير فيها. "وترى إحدى النظريات أن لدى مرضى فقد الشهية العصبى خوف عميق من الحمل يرافقه اعتقاد بأنه يحدث بطريق الفم، وهم يدفعون عن أنفسهم هذا الحمل بالامتناع عن الطعام، ويتأتى عن هذه النظرية أن المراهقات المصابات بالمرض يخشون الفعالية الجنسية والاستحاضة والحمل، ولذا يجوعون أنفسهم لتجنب الدخول فى المراحل الطبيعية للتطور الإنسانى وتدرجه فى سلم النمو، وبروز أشكال الصراع الخاصة بكل مرحلة حياتية" (حسان قمحية وأخرين: ١٩٩٣).

٨ ـ دور الأسرة والعلاقات داخل العائلة:ـ

فى الأسر والعائلات اللاتى لديهن فتيات يعانين من فقد الشهية العصبى يكون لديهن اهتماماً بالمظهر دون الجوهر، وغالباً ما يكونوا قلقين من أجل المحافظة على صورة من الانسجام والتماسك مقابل الانفتاح على العلاقات والتواصل مع الأخرين والتعبير عن مشاعرهم السلبية، ويتكلفون عادة فى حديثهم إلى بعضهم البعض وكأن كل منهم يقرأ أفكار الأخر. وفى هذا السياق تفسر الإضطراب نظرية التأثر أو التعامل Transactional theory، وتأخذ بعين الاعتبار التفاعلات المتبادلة بين الطفل ووالديه منذ الصغر، فقد تؤدى سلسلة من العلاقات

الخاصة إلى تغيرات خفيفة فى نظام الأسرة، ويمكن أن ينجم عن ذلك علاقات جديدة أو مجموعة من التأثرات الشاذة، فعندما يرفض الطفل تناول الطعام يقابل الوالدان ذلك بإحساس يحتم عليهما الإصرار على إطعام طفلهما وفى نهاية المطاف يفقد الطفل قدرته على تنظيم طعامه الذاتى، ويغدو معتمدا على محيطه بطريقة مستمرة وآلية بحيث تصبح أموره الحياتية الأخرى فضلاً عن طعامه مرهونة بطلب الآخرين وتوجيههم، وعلى سبيل المثال فإن الفتيات المصابات بفقد الشهية العصبى لا يستطعن المحافظة على وزنهن المناسب ويفقدن القدرة على الاستجابة لإحساساتهن الداخلية (حس الجوع أو الشبع) ومثل هؤلاء المريضات يرضين بالحمية الصارمة ويثقن بتوجيهات الوالدين كمرشد عن السلوك الغذائى وقد يعتمدن على استحسان أبائهن فى توجيه النشاط الاجتماعى أكثر من اعتمادهن على المشاعر النفسية الداخلية من حيث مطالب الذات وحاجاتها (اتكالية مفرطة) (حسان قمحية وأخرين: ١٩٩٣).

وفى دراسة مينشن وأخرين Minuchin et al 1978 باستخدام منهج الملاحظة استطاعوا التعرف على الخصائص الأتية لأساليب التفاعل داخل أسر مرض فقد الشهية العصبى:ـ

١ـ أسر ذات علاقات ضعيفة التشابك: حيث ينخرط أفراد الأسرة كل مع الأخر فى علاقات من السهل كسرها أى أنها علاقات هشه وضعيفة كخيوط العنكبوت.

٢ـ تحول الحماية الزائدة داخل الأسرة دون نمو الأطفال فى اتجاه استقلالهم الوظيفى.

٣ـ التصلب المميز لهذه الأسر يجعلها تشعر بالتهديد من التغيرات المصاحبة لسن البلوغ والمراهقة فى فتياتهن.

٤ـ تجنب الصراعات والافتقار إلى القدرة على اتخاذ قرارات بشأنها تعوق التواصل الفعال.

ويرى مينشن ورفاقه (١٩٧٨) أن الفتاة التى تعانى من فقد الشهية العصبى تكون بمثابة أداة ضبط فى النظام الأسرى. فهى متورطة فى الصراعات الوالدية

بأحدى طريقتين: فأما أن تكون موضوع لصراع متحول أو منحرف، أو أنها تشكل إئتلافاً مع أحد الوالدين ضد الآخر.

وهكذا تمثل محاولات المراهقات الانفصال عن الأهل والتحرر من سلطتهم ورقابتهم لدى أسر شديدة التآلف والترابط أو السعى للانخراط فى استقلالية ملائمة للمرحلة التى يحياها المراهق أو السيطرة على الذات ومسك زمامها ضمن أسر استبدادية متصلبة، كل ذلك يعد عوامل مخلة بالتوازن الأسرى، وهو أمر تقاومه تماماً مثل هذه الأسر، وكلما زاد الأهل فى مقاومة مثل هذه التغيرات ازداد كفاح الإبن دفاعاً عن المرحلة التى يريد أن يعيشها مما يقوده إلى الدخول فى حالة مراهقة شاذة تبدأ بحدوث فقد الشهية العصبى أو غيره من إضطرابات الأكل.

وقد وجدت الدراسات التى حاولت التعامل مع هذا النمط من الأسر أن هناك مستوى واضح من ضعف العلاقات داخل الشبكة العائلية سواء لأسر فقد الشهية العصبى أو الشره العصبى، ولكن الأمر ليس كذلك لإضطرابات الأكل الأخرى. كما أن الدراسات التى بُنيت على مناقشات عائلية مسجلة على أشرطة الفيديو توضح وجود فروقاً نظامية Systematic بين أسر الأفراد الذين يعانون من إضطرابات الأكل والأسر العادية، حيث ينتشر بين أسر حالات إضطرابات الأكل كثرة الانتقادات لبعضهم، والتواصل المضطرب ذات النمط المتناقض، كما أنهم أقل ثقة، ومساندة لبعضهم. غير أن المشكلة الواضحة فى تفسير نتائج الدراسات الارتباطية من هذا النمط هو أن العلاقة المختلة داخل الأسرة درست فقط بعد ظهور إضطرابات الأكل وأصبحت من الخطورة إلى درجة تستدعى التدخل العلاجى، ولذلك يبقى السؤال: هل هذه الخصائص الأسرية كانت السبب أم أنها نتيجة لإضطرابات الأكل، وفى غياب الدراسات التنبؤية المنضبطة فلن تكون هناك إجابة شافية على هذا السؤال.

كما أن الأسر التى تركز على أهمية شكل ووزن الجسم ربما تسهم فى تطور إضطرابات الأكل، فالفتيات المراهقات اللاتى تنتقدهن أمهاتهن بسبب أوزانهن الزائدة يقررن معدلات مرتفعة من إضطرابات الأكل لديهن عن المراهقات اللاتى لا ينتقدن من قبل أمهاتهن على ذلك ويشعرن بتقبل مظهرهن.

وقد وجدت دراسة جامعة إكسفورد أن النظام الغذائى الذى تتبعه الأسرة والتعليقات الساخرة من قبل الوالدين على وزن إبنتيهما أو طريقة أكلها تمثل عوامل مخاطرة محددة للشره العصبى. كما عددت هذه الدراسة بعض عوامل المخاطرة الأخرى مثل الغياب الوالدى، وضعف الترابط، والتوقعات والانتقادات أو السخرية، والخلافات الوالدية (Wilson, G.t et al, 1996)

وهكذا تلعب العلاقات الثلاثية الأبعاد بين الأم ـ الإبنة ـــ الأب دوراً خطيراً فى تطور المرض خاصة وأن معظم أمهات هؤلاء المرضى استبداديات لا يسمحن لبناتهن بسوى استقلالية ضيئلة، أو قد تكون الأم ضعيفة الثقة بذاتها ولديها اعتبار وتقدير ضعيف نحو هويتها الأنثوية بحيث تعتبر بلوغ ابنتها منافسة لها وخطر عليها، وأنها بذلك تشعرها بكبر سنها وقرب بلوغها مرحلة تصبح فيها جدة وهو أمر قد لا ترغبه، كما أن أباء هؤلاء المرضى غالباً ما يكونون ممن يعانون وساوس قهرية، يشاركون بناتهن فى الأساليب اللاتكيفية لخفض الوزن وأقلها اتباع نظام غذائى أو الانخراط فى أنشطة رياضية عنيفة، وقد يكون لدى هؤلاء الأباء خوف من نزعاتهم الجنسية الذاتية تجاه بناتهن تتضاعف وتزداد مع بلوغهن ومرة أخرى يكون النكوص إلى المظهر الجسمى والتطورى السابق لمرحلة البلوغ هو النجاة من خلل التوازن والمبدئ لنظام توازنى جديد (حسان قمحية وأخرين بتصرف).

٩ـ العوامل الثقافية/ الاجتماعية:ـ

لا يمكن شرح أسباب أضطرابات الأكل دون أن نفهم دور المؤثرات الاجتماعية على المرأة فى المجتمع المعاصر والتركيز المفرط على مسألة الرشاقة الأنثوية الجميلة، وحيث أن دور المرأة فى المجتمعات الغربية الراهنة غدا إمتاع الرجل والتدلل أمامه، وهى بذلك فقدت وظيفتها الحقيقية التى هى جليلة جلالة الإنسان التى وهبها الله له وأسبغها عليه "ولقد كرمنا بنى أدم"، ولكن الغرب أبى إلا أن تكون المرأة ألعوبة فى يد الرجال، لا قيمة لها إن لم تبد مفاتنها، وتخرج سافرة كاسية عارية لتسرعين الناظرين، وتشبع نهم الجائعين ممن نذروا أنفسهم للشيطان، ولا حول ولا قوة إلا بالله. (حسان قمحية وأخرين: ١٩٩٣).

ومنذ فترة قصيرة كانوا فى الغرب يعتبرون أن الجسم المثالى بالنسبة للمرأة هو الجسم الممتلئ أو المرأة السمينة، ولكن مع خروج المرأة للعمل والاهتمام المتلاحق بالموضة وتحول العالم إلى تفضيل المرأة النحيفة والرشيقة على تلك السمينة الممتلئة، وقد ساعد على ذلك أيضاً شروط اختيار النسق العام للجسم فى مسابقات ملكات الجمال، وقد أدى مثل هذا الصراع بين الواقع البيولوجى والضغط النفسى فى خلق إضطرابات الأكل. وهكذا أثرت المحددات الثقافية فى التطور السيكولوجى للمرأة من زاويتين:ـ

أولاً: أصبح الجمال محور أساسى من محاور الأنوثة الكاملة، فالبنات يتعلمن منذ نعومة أظافرهن أن الجمال هو أهم ما يجذب انتباه واستحسان الأخرين، ولقد لعبت وسائل الإعلام دوراً خطيراً فى ذلك، ووجدت فى دراسات حديثة علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والبناء الجسمى للبنات منذ الصف الرابع الابتدائى.

ثانياً: أن توجه العلاقات البينشخصية للمرأة يتأثر بشكل الجسم وبنيته، فنظريات سيكولوجية المرأة تؤكد أن الشعور بالقيمة الذاتية لدى المرأة ترتبط بقوة بقيام والمحافظة على علاقات قوية مع الآخرين، فالوصف الذاتى للبنات وهن فى سن السابعة يتأثر بوصف الأخريات لهن. وهكذا يرتبط القبول الثقافى والاجتماعى بالجاذبية الجسمية، وقد أوضحت الدراسات وجود علاقة ارتباطية قوية بين تقدير الذات ومشاعر الفرد حول جسمه وخاصة لدى المرأة كما يرتبط تقدير المرء لذاته بتقدير الأخرين له.

وهكذا أصبحت النحافة أكثر معايير الجاذبية الجسمية خلال السنوات الأخيرة مما خلق أمام النساء الراغبات فى ذلك معضلة يصعب تحقيقها وهى خفض الوزن والحفاظ على التمتع بجسم رشيق دون أن يفقدن متعة الاستمتاع بالأكل والشرب وخاصة فى الحفلات وهو ما أدى إلى الشره العصبى وغيرها من إضطرابات الأكل. وقد أوضحت الدراسات أن أغلبية النساء الأمريكيات صغيرات السن غير راضيات بشكل الجسم ووزنه وأنهن يعتبرن أنفسهن ذات أوزان زائدة حتى لو كن غير ذلك وقد وضعت جودى رودن Rodin, J. ورفاقها عام ١٩٨٥ مصطلح الاستياء المعيارى normative discontent لوصف النساء اللائى يعانين

من عدم الرضا عن أجسادهن. وفى محاولة لتحسين صورتهن تسعى النساء إلى اتباع نظام غذائى، فأكثر من ٦٠٪ من المراهقات الأمريكيات يتبعن ريجيماً ثابتاً وقد ذكرنا من قبل أن الرجيم هو الخطوة الأولى فى إضطرابات الأكل..

وتمثل النحافة أمراً فى غاية الأهمية للنساء البيض فى كل من الطبقة المتوسطة وفوق المتوسطة، كما ترتبط السمنة (البدانة) ارتباطاً عكسياً قوياً بالمستوى الاقتصادى الاجتماعى، فالرغبة فى النحافة ترتبط ايجابياً بالمستوى الاقتصادى الاجتماعى للنساء دون الرجال، كما أن الفتيات المراهقات اللائى ينحدرن من أسر مرتفعة الدخل يتعلمن خلال مرحلة المراهقة أكثر مما تتعلم الفتيات السود واللاتى ينحدرن من أسر منخفضة الدخل أن تتقيدن بكميات معينة من الطعام. كما أن إضطرابات الأكل أكثر شيوعاً لدى النساء البيض اللائى ينحدرن من مستويات اقتصادية مرتفعة والأكثر انشغالاً واهتماماً بنظام غذائى لتحقيق النحافة.

وعلى العموم فإنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الضغوط الثقافية فى اتجاه النحافة وانتشار إضطرابات الأكل سواء بين أو داخل الجماعات العرقية المختلفة. كما تحدث إضطرابات الأكل بشكل متكرر لدى أفراد يعملون فى مهن بعينها أو أنشطة تشكل ضغطاً على المرأة العاملة بها أن تكون نحيفة مثل عارضات الأزياء ولاعبات الباليه والرياضيين عموماً مثل لاعبات الجمباز وحكام الألعاب المختلفة.

وأخيراً تزداد اضطرابات الأكل بين الأقليات فى أى مجتمع فعند دراسة ٢٠٤ من طالبات المدارس الثانوية من الهنود والباكستانيين فى المجتمع الانجليزى وجد سبع حالات منهن يعانين إضطرابات الأكل أى بنسبة انتشار قدرها ٣,٤٪ وهو معدل مرتفع نسبياً. (wlison, G.t. et al 1996).

العـــلاج:ـــ

استخدمت العديد من الطرق العلاجية للحد من إضطرابات الأكل مثل العلاج الدوائى، والعلاج النفسى الفردى، والعلاج الأسرى. وفيما يلى عرض مختصر للأساليب المتبعة مع كل إضطراب.

١ـ علاج فقد الشهية العصبى: عندما يصل مريض فقد الشهية العصبى إلى الحد الخطر من نقص الوزن يستلزم ذلك تنويمه فى المستشفى، وبذلك يكون الهدف الأول فى بداية العلاج هو استعادة الوزن بما يحقق الوصول إلى الحد الأدنى من الوزن فى ضوء السن والطول (مؤشر كتلة الجسم لا يقل عن ١٨) وقد يتحقق ذلك من خلال التدعيم العلاجى ونظام غذائى مُعد جيداً، وقد يكون من غير الضرورى فى هذه المرحلة اللجوء إلى التدخلات العنيفة مثل التغذية بالقسطرة tube feeding اللهم إلا إذا كان المريض يقاوم وأصبحت حياته على حافة الخطر.

وقد حقق العلاج السلوكى فعالية فى زيادة معدل الوزن المكتسب خلال الإقامة بالمستشفى، ويتكون هذا العلاج من إمداد الفرد بالتعزيز الايجابى كنتيجة لاكتساب الوزن تدريجياً. ومن هذه المعززات زيادة الزيارات المسموح بها، والاشتراك فى الأنشطة الاجتماعية والجسمية. كما أن علاج المرضى غير المنومين بهذه الطريقة كان فعالاً فى استعادة الوزن، ولكن المشكلة أن التحسن يكون قصير المدى، ولا نتوقع تحسناً على المدى البعيد أو دائم، فغالباً ما تحدث انتكاسة للمرضى ويفقدون أوزانهم من جديد وهو ما يتطلب إعادة تنويمهم بالمستشفى من جديد. ولذلك فقد استخدمت علاجات نفسية أخرى لزيادة بقاء وصمود ما طرأ من تحسن على الوزن والأداء النفسى الاجتماعى للمريض، ويعد العلاج الأسرى أكثرها شيوعاً، حيث يفترض أن نظام العلاقات المضطرب داخل أسر مرضى فقد الشهية العصبى هو أكثر العوامل المسببة للانتكاسة لديهم.

وعلى الرغم من أن التقريرات الاكلينكية عن نجاح العلاج الأسرى ما زالت غير مشجعة إلا أن دراسة راسل وأخرين Russell et al 1987 التى قارن فيها بين العلاج الأسرى والعلاج النفسى التدعيمى، وبعد عام من العلاج كان العائد من العلاج الأسرى يفوق العائد من العلاج الفردى وخاصة على المرضى حديثى السن عند ظهور المرض (أقل من ١٨ سنة)، والذين كانت مدة الإضطراب لديهم قصيرة (أقل من ٣ سنوات) والنتيجة بشكل عام غير مشجعة فحوالى ٢٣٪ فقط هم الذين تم تشخيصهم على أنهم حققوا نتائج جيدة.

وعادة ما تعتمد العلاجات الفردية لفقد الشهية العصبي على كل من العلاج السيكوديناميي والعلاج المعرفي للنساء المرضى. ويقوم هذا المدخل على افتراض أن فقد الشهية العصبي هو خوف من اكتساب الوزن الطبيعي ويسببه صراع حول الوصول إلى دور المرأة الناضجة والذي يعني اكتساب الوزن الطبيعي وبداية البنية، ونظراً لأن العلاج السيكوديناميي غير فعال بمفرده في هذه الحالة فإنه من الضروري إقحام العلاج المعرفي ولو في بعض وسائله لأن إضطرابات الأكل ما هي إلا أساليب لا تكيفيه لمواجهة الصراعات العاطفية ومن ثم فإن العلاج يهدف إلى حل الصراعات الضمنية ومساعدة المرضى على تطوير أساليب أكثر بنائية للمواجهة مع إضطرابات النمو.

وفي دراسة قام بها جاورز وأخرين Gowers et al 1994 لدراسة تأثير العلاج الجماعي على ٢٠ مريضة بفقد الشهية العصبي ومقارنتها بمجموعة ضابطة بنفس العدد، وشمل البرنامج العلاجي على ١٢ جلسة تستغرق كل منها ما بين ٦٠-٩٠ دقيقة موزعة على عشر شهور، وشملت بعض الجلسات بعض اعضاء أسر المرضى في محاولة لتحسين التواصل وإنهاء أي تداخل أو تفاعلات تُبقي على مشكلات المرضى، وبالمتابعة بعد عام ثم عامين اتضح أن المجموعة التجريبية قد حققت تحسنا دالاً عن المجموعة الضابطة رغم أن العديد من السيدات في المجموعة الضابطة قد تلقين علاجات في أماكن متفرقة. فالمجموعة التجريبية قد اكتسبن مزيد من الوزن وأظهرن تحسناً أفضل في الوظائف الاجتماعية والنفس/ جنسية. وعلى سبيل المثال فبعد عامين كان متوسط وزن العينة التجريبية قد زاد بما يعادل ٩٤,٥٪ مما كان متوقعاً في المجموعة الضابطة. وكانت كلا المجموعتين قبل العلاج ذات أوزان تعادل ٧٥٪ من الوزن الطبيعي. ولكن ما هو غير مفهوم في هذه الدراسة كيف تحققت زيادة الوزن في كلا المجموعتين في القياس التتبعي.

أما العلاج الدوائي لاضطرابات الأكل سواء باستخدام مضادات الذهان أو مضادات الاكتئاب فما زالت أثاره هامشية وإن كانت تفيد في بعض الحالات، وتوحي الاستجابة لمضادات الاكتئاب بوجود إضطراب مزاجي مرافق وقد يكون

للسيبرهيبتدين Cyproheptadine بعض الفائدة بسبب خواصه المنبهة للشهية. لكن قد تستخدم بعض أنواع العلاجات الدوائية في المساعدة على الحد من الانتكاسة لدى حالات فقد الشهية العصبى.

علاج الشره العصبي:ـــ

أ ــ العلاج الطبى:ــ

على عكس فقد الشهية العصبى، يمكن الاستفادة من العلاجات الطبية بمضادات الاكتئاب فى الحد من الشره العصبى. فقد وجدت الدراسات أن بعض العقاقير ثلاثية الحلقات مثل الايمبرامين والديسبرامين، ومركبات البروزاك مثل الفلوكسنين أكثر فعالية من الأقراص الوهمية، ومن أهم مميزات استخدام مضادات الاكتئاب فى علاج الشره العصبى هو علاج الاكتئاب الذى يرتبط عادة بهذا الإضطراب. ويعدد ويلسون wilson, 1995 ثلاث مشكلات تتعلق باستخدام العقاقير الطبية فى مثل هذه الإضطرابات هى:ــ

١ـ العديد من مرضى الشره العصبى يعارضون ويمانعون فى تعاطى الأدوية لمثل هذه المشكلة.

٢ــ معدل توقف المرضى عن العلاج الطبى يفوق كثيراً معدل توقف المرضى عن العلاج النفسى بسبب الأثار الجانبية التى تسببها العقاقير.

٣ــ يميل الأفراد إلى الارتداد أو الانتكاسة ثانية بشكل سريع عندما ينسحب العقار من الدم.

وعلى العموم لا توجد دراسات بعد تؤكد أن العلاجات الطبية تحقق تحسن طويل المدى.

ب ــ العلاج السلوكى/ المعرفى:

يعد العلاج السلوكى المعرفى أكثر طرق العلاج استخداماً لحالات الشره العصبى، حيث يمكن تحقيق ذلك من خلال ١٦-٢٠ جلسة موزعة على فترة زمنية ٤-٥ شهور، ويهدف العلاج السلوكى المعرفى إلى تغيير النمط الفوضوى فى الأكل لدى المريض، وتعديل اتجاهاته اللاسوية حول شكله ووزنه، وتسليحه

بمهارات مواجهة أكثر فعالية في مواجهة ضغوط الحياة اليومية. وهذا المدخل العلاجي يحقق خفض في فوضوية الأكل واللجوء إلى المسهلات تتراوح بين ٧٣-٩٢٪، وقد توقف بالفعل في دراسة ويلسون ١٩٩٥ (٥٠٪) من المرضى بهذا السلوك، كما أن العلاج السلوكي المعرفي يحد من أساليب الرجيم والأنظمة الغذائية اللاسوية، كما أنه يساعد المرضى على أن يتقبلوا بشكل أفضل أوزانهم وأشكال أجسامهم، ويبقى هذا التحسن لأكثر من سنة غالباً، وفي إحدى الدراسات استمر التحسن لأكثر من ست سنوات. ويتفوق العلاج السلوكي المعرفي على العلاج الطبي، غير أن المزواجة بينهما تكون أكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي بمفردة أو بالاشتراك مع الأقراص الوهمية في الحد من فوضوية الأكل واستخدام المسهلات.

كما أن العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية من العلاجات النفسية البديلة فيما عدا العلاج النفسي البينشخصي interpersonal psychotherapy، وهذا العلاج المحدد المدة أظهر أنه فعال في علاج الاكتئاب، فهو يركز على الاداء الاجتماعي الراهن لدى المريض، والصراعات البينشخصية، وتحول الدور (مثلاً ترك المراهق لمنزل الأسرة بغرض العمل أو الالتحاق بالجامعة). ولكن النجاح الذى يحققه العلاج النفسي البينشخصي لا يرقى إلى مستوى النجاح الذى يحققه العلاج السلوكي المعرفي وخاصة بعد العلاج مباشرة، ولكنه يحقق تحسن أفضل على المدى البعيد، وقد وجد أن لكليهما أثاراً متكافئة خلال عام ونصف من المتابعة البعدية (Fairburn et al 1995)

علاج الاستمتاع الفوضوى بالأكل:

أوضحت الدراسات الأولية أن كل من العلاج الطبي باستخدام مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي يمكن أن يكونا فعالين في خفض الاستمتاع الفوضوى بالأكل، وكما هو الحال بالنسبة للشره العصبي يتوقع أن يكون العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية في وقف السلوك الفوضوى للأكل ولكن لا يتوقع أن يحقق نجاحاً ملحوظاً في خفض الوزن.

المراجـــع

حسان قميحة، وعمار أسمير، ومحمد معتز معصراني: الطب النفسي ـ دار النابغة ـ حمص سوريا: ١٩٩٣

American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manal of Mental Disorders (4th. ed), Washington, Dc: 1994.

Epstein, L.H. et al; Ten-year outcomes of behavioral Family-based treatment for childhood obsity, Health psychology, No.13, 1994.

Fairburn, C.G., Hay, P.J.,& Welch, S.L. Binge eating and bulima Nervosa: Distribution and determinants. In C.G. Fairburn& G.T. Wilson (Eds). Binge eating: Nature, assessment, and treatment. New York: Guiford Press, 1993

- Fairburn, C.G., et al; Aprospective study of outcome in bulimia Nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Archives of General Psychiatry, 52, 1995.

Gowers, S.et al, Outcome of outpatient psychotherapy in rando - -me allcotion treatment study of anorexia nervosa, international J. of Eating disorders, No.15.1994.

-Holland, A.J.et al: Anorexia Nervosa, Evidance for a genetic basis, J.of psychosomatic research, No.72, 1988.

-Higuchi, S.et al: Alcoholics with eating disorders, prevalence and clinical course, a studey from japan, Britich j. of psychiatry, No. 162, 1993.

-Kendler, K.S. et al: the Genetic Epidemiology of bulimia nervosa, American J.of psychiatry; No.148, 1991.

- Minuchin, S.et al:; psychosomtic families, Anorexia nervosa in content, Cambridge, M.A. Harvard univerity press, 1978.

Patton G.C. et al: Abnormal eating attitudes in London Schoolgirl a Prospective Epidemiological study, outcome at twelve month Follow-up, psychological medicine, No, 20,1990.

Russell, G.E: Bulimia nervosa: an ominous variation of anorexia nervosa, psychological Medicine, No.9, 1970.

- Russell, G.E et al: An evalution of Family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa, archives of general psychiatry, No.44, 1987.

Schwalberg, M.D. et al: Comparison of bulimics, obese bing eaters, social phobics, and Individuals with panic disorders, J. of abnormal psychology, No.111, 1992.

- Spiter, R.L. et al: Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria, International j.of Eating disorder, No.11, 1992.

- Strober, M.; Family-Genetic perspective on anorexia nervosa and bulimia nervosa (in) Fairburn, C.G. and Brownell, K (Eds), comprehensive textbook of eating disorders and obseity, New york, Guliford press, 1995.

- Toner, B.B. et al: Affective and anexity disorders in the Long-term Follow-up of anroxia nervosa, Internation J.of psychiatry in medicine,No,18,1988.

Walsh, B.t.: Binge eating in bulimia nervosa, (in) Fairburn, C.G& Wilson, G.t: Binge eating, Nature, assessment and treatment, New york, Guilford press, 1993.

-Walters, E.E. et al: Bulimia nervosa and major depession: A study of common genetic and environmental Factors, psychological Medicine, No.22,1992.

Wilson, G.t: Binge eating and addictive disorders (in) Fairburn, C.G.& wilson G.t. (Eds). Binge eating, Nature, assessment and treatment, New york, Guilford press, 1993.

Wilson, G.t: Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: issues and evidence, paper presented at the world congress on cognitive and behavioral therapies, Denmark, 1995.

Wilson, G.Terence, nathon, Peter, E., O'Leary, K. Daniel and Clark, Lee Anna: Abnormal Psychology, Integrating Perspective, Allyn and Bacon, boston, 1996.

الفصل الخامس

"العوامل النفسية المؤثرة فى الصحة"

الإضطرابات السيكوسوماتية

الإضطرابات الجسمية التى سيتم استعراضها فى هذا الفصل تتأثر بشكل واضح بالعوامل النفسية، وقبل نشر الاصدارين الثالث والرابع من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية DSM. IIIR, DSM. IV. الصادرين عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى فى عامى ١٩٨٧، ١٩٩٤ كانت هذه الإضطراب تعرف بالإضطرابات السيكوسوماتية أو الإضطرابات السيكوفزيولوجية ومن أمثلتها الشائعة أمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والصداع، والتهاب المفاصل، والبول السكرى والبدانة، فى حين وصف الدليل التشخيصى الرابع هذه المشكلات تحت عنوان العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الطبية، وسوف يتم عرض المحكات التشخيصية لها لاحقاً، كما يجب التمييز بين هذه الإضطرابات والإضطرات ذات الصورة الجسمية Somataform التى سبق عرضها فى الجزء الأول من هذا الكتاب والتى لم يعرف لها أساس فسيولوجى بعد. ويرى البعض أن استخدام عنوان "العوامل النفسية المؤثرة فى الحالة الصحية" خير من استخدام مصطلح الإضطرابات السيكوسوماتية أو النفسية الفسيولوجية بدعوى عدم دقة المصطلح الأخير. وسوف نسير فى هذا الفصل فى سياق المصطلح الأول المستخدم فى DSM.IV من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسى وسوف نحاول الإجابة على الأسئلة الأتية:ــ

ــ هل يمكن أن تسهم العوامل النفسية فى كل من الصحة والمرض؟ وإذا كان الأمر كذلك.

ــ كيف تغير العمليات العقلية من الميكانزمات البيولوجية فى الجسد.

وبالإجابة على هذين السؤالين قد نتعرف على شيء من الكيفية التى يتفاعل بها كل من العقل والجسم معاً، وهى قضية جدلية فلسفية منذ قرون عديدة.

نظرة تاريخية:ــ

المتتبع لإصول البحث المنظم للعلاقة الإرتباطية بين العوامل النفسية والمرض الجسمى يمكن أن يعود بنا إلى ما قبل منتصف القرن العشرين حين صدرت دوريات خاصة بالطب السيكوسوماتى المؤكد على تأثير العوامل النفسية فى نشأة بعض الأمراض العضوية المصحوبة باضطرابات وظيفية، وما زالت هذه

الدوريات تصدر منذ عام ١٩٣٨ حتى الآن، وفى سياق الصراع بين السلوكية والتحليل النفسى ركزت السلوكية على دور تشريط الجهاز العصبى المستقلِ بينما اهتم التحليل النفسى بدور الديناميات اللاشعورية فى هذه العلاقة. وفى عام ١٩٥٠ أخذت إسهامات فرانز ألكسندر Alexander, F فى كتابه "الطب السيكوسوماتى" فى وضع اللبنات الأولى لهذا العلم. ونظراً لكونه أحد رواد التحليل النفسى فقد فسر هذا الإضطرابات بقوله إن صراعات انفعالية لا شعورية معينة تسبب إضطرابات معينة، فمثلاً تُشخص إضطرابات الالتهابات المعدية والمعوية مثل قرحة المعدة مثلاً نتيجة لتأثير العصارات الهاضمة والناشئة عنها والإسهال والتهاب الغشاء المخاطى المبطن للقولون جعلت الكسندر يقترح أن هذه الإضطرابات سببها صراعاً إنفعالياً بين الرغبة اللاشعورية فى بقاء الفرد سلبياً واعتمادياً على الأخرين (رغبته فى أن يُجب ويُعتنى به مثل الطفل) من ناحية والحاجة إلى الاستقلال والإنجاز من ناحية أخرى مثل الراشد أو البالغ. فمرضى القرحة مثلاً يعوضوا الحاجة اللاشعورية للاعتماد بالتصرف بشكل عدوانى والاستقلال فى حياتهم الواقعة الفعلية، وتساهم هذه السلوكيات فى تطور القرحة وزيادتها. وعلى العكس من ذلك فإن مرضى الإسهال المزمن والقولون العصبى يعوضون حاجتهم للاعتماد من خلال الرمز اللاشعورى للبراز. وطبقاً لنظرية التحليل النفسى يعد التبرز (التغوط) صورة طفولية لمواجهة أو إشباع الواجبات والالتزامات المفروضة، وهكذا يعتبر هذا السلوك بديل انفعالى للأداء والإنجاز!!

ويقترح الطب السيكوسوماتى تفسيرات مماثلة للإضطرابات القلبية مثل فرط ضغط الدم الشريانى والصداع النصفى، وعلى سبيل المثال تسهم صراعات انفعالية معينة فى هذه الإضطرابات فى قمع العدائية، كما ربط الكسندر (١٩٥٠) بين أمراض القلب المزمنة والشعور المبالغ فيه بالمسئولية والتوتر العقلى. وأدت هذه الملاحظة الاكلينكية إلى تطور نظرية النمط (أ) التى سيتم شرحها لاحقاً.

وفى اتساق مع وجهة النظر السيكودينامية فى تفسير السلوك اللاسوى، فقد نتج المدخل المبكر للطب السيكوسوماتى من الملاحظة الاكلينكية وليس من البحث التجريبى الإمبريقى، وهو ما شرح لماذا يطور الناس ذوى الأنماط المختلفة من

الشخصية والصراعات الانفعالية إضطرابات جسمية متباينة، ولكن فى الحقيقة لم يكن لهذا المدخل فى الطب السيكوسوماتى سوى تأثيراً محدوداً سواء فى الطب العام أو فى العلوم السلوكية ويرجع ذلك إلى الافتقار إلى وجود دليل يربط أمراض معينة بشخصيات معينة، وكذلك الفشل فى تطوير طرقاً فعالة لتغيير السلوك المرتبط بالمشكلات الطبية، وقد أسفر انبثاق الطب السلوكى وعلم النفس الصحى فى السبعينات عن تغير فى ذلك، كما غيرا بشكل مثير من أساليب دراسة وعلاج الأمراض الجسمية.

الطب السلوكى وعلم النفس الصحى:ـ

الطب السلوكى Behavioral Medicine هو المصطلح المستخدم فى وصف التكامل القائم بين العلوم السلوكية والبيولوجية والطبية عموماً للمساعدة فى تحقيق فهم أفضل، والوقاية والعلاج للأمراض الجسمية، وقد نشأ الطب السلوكى كمجال للدراسة خلال السبعينات من القرن العشرين بسبب التأثير المباشر للعلاج السلوكى، حيث اشار الباحثون إلى كفاية وفعالية المبادئ والإجراءات السلوكية فى تعديل العديد من الإضطرابات السيكترية التقليلدية كالفوبيا على سبيل المثال، كما تحولوا إلى المشكلات المرتبطة بالعلل والأمراض، كما أسهمت التغذية البيولوجية المرتدة فى تقدير وعلاج المشكلات الجسمية المختلفة.وبشكل مماثل أسهم تطبيق استراتيجيات الضبط الذاتى مباشرة فى الوقاية من، ومواجهة الأمراض المزمنة مثل مرض الشريان التاجى. ولقد أقبل المجتمع الطبى بسرعة على الاستفادة من الطرق المتاحة والفعالة لتغيير مدى كبير من السلوكيات المرتبطة بالأحوال الجسمية مع استراتيجيات لتقييم الأثار الناتجة.

أما علم النفس الصحى health psychology الذى يتداخل بدرجة كبيرة مع الطب السلوكى لأن كلاهما يؤثر على العوامل النفسية المرتبطة بالصحة والمرض. ومع ذلك توجد بعض الاختلافات أهمها:ـ

١ـ يهتم الطب السلوكى بشكل أكبر بتعديل سلوكيات وعلاج أمراض معينة، وفى المقابل يهتم علم النفس الصحى ليس فقط بتدخلات معينة ولكن أيضاً بقضايا

وأمور أخرى تتضمن العوامل البيئية والاجتماعية والفروق الفردية التى تؤثر على الصحة والمرض، وكذلك تحليل السياسة الصحية ونظام الرعاية الصحية.

٢ـ يميل الطب السلوكى لأن يكون أكثر استخداماً من قبل المتخصصين فى المجال الطبى العاملين فى مجال العلوم السلوكية. وفى المقابل لذلك فقد بُنى علم النفس الصحى على قواعد علم النفس، ويمثل تكاملاً لنشاط كل من المشتغلين فى علم النفس العام والتطبيقى.

ويعكس التطور فى الطب السلوكى وعلم النفس الصحى تغيراً جوهرياً فى نماذج الصحة والمرض لدينا، كما أن المنظور البيولوجى/ النفسى/ الاجتماعى الذى يعكس التأثير المتبادل بين العوامل النفسية/ الاجتماعية والعوامل البيولوجية قد حل محل النموذج الطبى البيولوجى التقليدى البحت الذى يؤكد على دور العوامل البيولوجية فحسب فى المرض والصحة. وتركز الاهتمامات الصحية الراهنة على الأمراض المزمنة مثل مشكلات القلب والجهاز الدورى، وتحديد السلوك ونمط الحياة كعوامل مخاطرة أساسية بما تشمله من التوتر، والسمنة، وإساءة استخدام المواد، والخمول (أو عدم ممارسة النشاط الرياضى) والسلوك الجنسى غير الشرعى. فمن الثابت علمياً اليوم أن متوسط عمر الجيل الحالى أكبر من متوسط عمر الأجيال السابقة، ولكى تصل صحتنا إلى أقصى مدى لها مهما كبرنا فى السن يجب أن نتجنب السلوكيات المدمرة للصحة ونتبنى ونمارس عادات مدعمة ومعززة للصحة.

ب ـ علاقة الصحة النفسية بالصحة الجسمية:ـ

من السهل أن نبين أن المشكلات الانفعالية كالقلق والاكتئاب ترتبط بصورة مستمرة بالأمراض الجسمية حتى مع أكثرها خطورة مثل السرطان، ومع ذلك فمن الصعب جداً أن نحدد أيهما يأتى أولاً، أو بمعنى أخر هل المشكلات الانفعالية بمثابة السبب أم النتيجة للمرض الجسمى؟.

وللإجابة على هذا السؤال نبقى فى حاجة إلى نتائج دراسات طولية توضح ما إذا كانت المشكلات الانفعالية تسبق تطور المرض الجسمى. وإذا تم ذلك يمكننا أن نجزم فعلاً أو نستنتج أن مثل هذه المشكلات سببت أو ساهمت فى حدوث المرض. وبالفعل فقد أجرى فايلنت Vaillant 1979 مثل هذه الدراسة وقدم أدلة

دامغة على أن للصحة العقلية لبنى البشر تأثيراً مباشراً على صحتهم الجسمية. وبلغ عدد المفحوصين فى هذه الدراسة (٢٠٤ طالباً) من الذكور المسجلين بالفرقة الثانية بجامعة هارفارد، وكلهم كانوا أصحاء جسمياً وخاليين من أى مشكلات انفعالية، تم تقييم الحالات لأول مرة ما بين عامى ١٩٤٢، ١٩٤٤ وتم متابعتهم بمعدل مرة كل عام أو عامين من خلال الإجابة على مقاييس أو إجراء مقابلات. وبناءً على هذه القياسات، ومن خلال مقارنة الحالة العقلية لهؤلاء الرجال بناء على تقييم عام ١٩٦٧ بصحتهم الجسمية فى تقييم عام ١٩٧٥، كانت العلاقة ذات دلالة إحصائية مرتفعة. وعلى سبيل المثال ما بين الفترة العمرية ٢١، ٤٦ سنة كانت حالتين فقط من بين ٥٩ حالة صحتهم العقلية فى أفضل مستوى أصبحوا مرضى بمرض مزمن أو ماتوا. فى حين أن ١٨ حالة من بين ٤٨ حالة من ذوى الصحة العقلية منخفضة المستوى ماتوا أو صاروا مرضى بمرض مزمن. وهكذا يبقى تأثير العوامل الأخرى التى ربما تخلط وتُربك النتائج فى غاية الأهمية لأن الكثير من الدراسات التى تربط التوتر النفسى بالمرض لم تأخذ هذه العوامل فى اعتبارها.. ونظراً لتجانس أفراد عينة دراسة فايلنت، فكلهم من الذكور البيض ذوى المستوى الاقتصادى الجيد، لذلك لا يمكن تعميم هذه النتائج على النساء أو الأشخاص الذين ينحدرون من أجناس عرقية أخرى أو من مستويات اجتماعية/ اقتصادية غير ذلك، ومع ذلك فإن النتائج تقترح أن سؤ الصحة العقلية تنبأ دوماً بشيخوخة سابقة لأوانها، وتدهور أسرع فى الصحة الجسمية (Wilson, G.T.et al, 1996).

المحكات التشخيصية للعوامل النفسية المؤثرة على الحالة الصحية:

(DSM. IV 1994 p:678)

أ ـ وجود حالة طبية عامة.

ب ـ عوامل نفسية تؤثر عكسياً (سلبياً) على الحالة الطبية العامة بإحدى الوسائل الأتية:ـ

١ـ أثرت العوامل على مسار الحالة الطبية العامة كما يتضح من الارتباط الزمنى الوثيق بين العوامل السيكولوجية ونمو أو تفاقم أو تأخر البرء من الحالة الطبية العامة.

٢ـ تتداخل العوامل مع العلاج من الحالة الطبية العامة..

٣ـ تشكل العوامل مخاطر صحية إضافية للفرد.

٤ـ تعمل الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط على ترسيب أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية العامة.

ملحوظة ــ تخير الأسم بناءٍ على طبيعة العوامل النفسية، وإذا كان هناك أكثر من عامل واحد حدد أكثرها ظهوراً.

ــ اختلال عقلى يؤثر على..... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال: اضطراب من إضطرابات المحور الأول مثل الاكتئاب الأساسى يؤخر الشفاء من حالة قصور وظيفى بالقلب.

ــ أعراض نفسية تؤثر على..... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال: أعراض اكتائبية تؤخر الشفاء من الجراحة، أو أعراض قلق تزيد من تفاقم نوبة الربو.

ــ سمات شخصية أو نمط مواجهة يؤثر على....... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال: الإنكار الباثولوجى للحاجة للجراحة لدى مريض بالسرطان، أو العدائية كسلوك مقموع يسهم فى مرض بالجهاز الدورى.

ــ سلوكيات صحية لا تكيفية تؤثر على..... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال ذلك: الإفراط فى الأكل، عدم ممارسة التدريبات الرياضية، العلاقات الجنسية غير الشرعية.

ــ استجابة فسيولوجية مرتبطة بالضغوط تؤثر على..... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال ذلك: تفاقم فى حالة قرحة المعدة المرتبطة بالضغوط، ارتفاع ضغط الدم أو عدم انتظامه، أو الصداع الناتج عن التوتر.

ــ عوامل نفسية أخرى أو غير محدودة تؤثر على...... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال ذلك: عوامل بينشخصية أو حضارية (ثقافية) أو دينية.

الأثار البيولوجية للعوامل النفسية

فى هذا الجزء سوف نتحدث عن الآثار البيولوجية لعوامل الصحة النفسية والتوتر على أعراض لأهم الأمراض الجسمية التى تلعب العوامل النفسية دوراً فى نشأتها أو تطورها أو حتى صعوبة البرء منها، والسؤال الذى نود طرحه أولاً: كيف تسبب العوامل النفسية التغيرات الفسيولوجية التى تحدد المرض الجسمى؟ وللإجابة على هذا السؤال نقول... تؤثر العوامل النفسية على الصحة بأسلوبين أو طريقتين أساسيتين:ـ

الأولى: تؤثر العوامل النفسية على الآليات أو الميكانزمات والوظائف البيولوجية التى تتوسط العلاقة بينها وبين المرض..

الثانى: تحدد العوامل النفسية السلوكيات المدعمة أو المدمرة للصحة مثل أساليب مواجهة التوترات، والتخلى عن تدخين السجاير أو تعاطى المخدرات والخمور، واتباع نظام غذائى صحى وعدم الاقتران فى علاقات جنسية غير شرعية.

ولكى نوضح التأثير المباشر للعوامل النفسية على الظروف والأحوال الطبية سوف نستعرض عدداً من الأمراض والعلل الجسمية ونبرز فى سياق عرضنا لأعراضها دور العوامل النفسية فى استهلال المرض أو تفاقمه أو صعوبة البرء منه رغم العلاج ومن هذه الأمراض: أمراض الجهاز التنفسى الهضمى، والقلب والجهاز الدورى، وجهاز المناعة وغيرها:ـ

أولاً: أمراض جهاز المناعة ووظائفه:ـ

يقوم جهاز المناعة بحماية الجسم من الأمراض الفيروسية والبكتيرية، وعلى الرغم من أن الوظيفة المناعية معقدة بشكل كبير وغير مفهومة تماماً حتى الآن إلا أنه يجب على الفرد أن يكون مدركاً وواعياً ببعض من أدوراها الأساسية. وتقاس وظيفة المناعة بسحب كمية من الدم وتحليل كل من العدد والوظائف المتخصصة لمجموعات محددة من كرات الدم البيضاء Leukocytes والوسائط البيوكيميائية

التى تفرزها، ويتكون جهاز المناعة من عنصرين أساسيين هما المناعة الإفرازية والمناعة الخلوية.

١ـ المناعة الإفرازية humoral وتتضمن إطلاق وأفراز الأجسام المضادة إلى داخل الدم وسوائل الجسم الأخرى التى تدافع ضد البكتريا والفيروسات، ويتضمن هذا العنصر أو المكون الخلايا (ب) B-cells وإفرازتها، وخلايا البلازما.

٢ـ المناعة الخلوية cellular وتحمى الجسم ضد الفيروسات، والخلايا السرطانية والأنسجة الغريبة كما هو الحال فى حالات زرع الأعضاء. وتعد الخلايا ت T.cells أو اليمف وإفرازات الغدة التيموسية مسئولة مبدئياً عن المناعة الخلوية.

وبجانب الخلايا (ب)، والخلايا (ت) توجد أنماط عديدة من الخلايا الأخرى ومكونات البلازما التى تلعب دوراً فى عمليات المناعة ومنها على سبيل المثال الخلايا القاتلة الطبيعية Natural Killer Cells التى تنتج من النخاع العظمى وترتبط بالخلايا (ت) وتقوم بدور فى تدمير الفيروسات وبعض خلايا الأورام الخبيثة. وفى جهاز المناعة الذى يتميز أداءه ووظائفه بالروعة وحسن التنظيم، وتتوازن كل مكوناته المعقدة بحيث يعتمد كل مكون على الأخر بتوازن ودقة شديدة وعندما يختل هذا التوازن الدقيق ربما تحدث إصابة بمرض ما. وغالباً ما تظهر أمراض المناعة عندما تهاجم خلايا المناعة الأنسجة الطبيعية للجسم بطريقة الخطأ كما لو كانت هذه الأنسجة غريبة أو دخيلة.

دور التوتر فى قصور جهاز المناعة:ـ

أظهرت الدراسات التى أجريت على الحيوانات أن التوتر يقلل مقاومة الجسم للعدوى ويساعد على وقوع وتطور الأورام، فالتوتر يقلل من استجابة المناعة الإفرازية والمناعة الخلوية على السواء، وعلى قدر كفاءة الفرد فى التحكم فى المثيرات الضاغطة تكون كفاءته فى مواجهة أثارها، وفى إحدى الدراسات على الحيوانات صنفت الفئران على حسب قدرتها على التخلص من هذه الصدمات باتخاذ استجابة هروبية أى أنهم ضبطوا وتحكموا فى المثيرات الضاغطة، أما الثانية التى تلقت نفس العدد من الصدمات ولنفس المدة الزمنية ولكن دون قدرة على التخلص منها. بمعنى أنها لم تكن لديها القدرة على ضبطها والسيطرة عليها نظراً لصعوبة

الهروب من الصدمة وترتب على ذلك نمو الخلايا القاتلة وزيادة معدل الأورام الخبيثة لدى فئران المجموعة الثانية. وحتى تلقى نفس القدر من الصدمات كان له نتائج متباينة إعتماداً على درجة الضبط المتاحة للفأر (Laudenslager et al 1979)

كما أوضحت الدراسات التى أجريت على بنى البشر أن الأحداث الضاغطة المتباينة يمكن أن تؤثر على وظائف جهاز المناعة، وفى سلسلة من هذه الدراسات قام جلاسر وجلاسر Kiecolt-Glaser&Glaser 1987 بتقدير الوظيفة المناعية لدى عينة من طلاب كلية الطب قبل شهر من الامتحانات النهائية وخلالها. ووجد الباحثان انخفاض ملحوظ وجوهرى فى وظائف جهاز المناعة بسبب التوترات المصاحبة للامتحانات، ويتمثل هذا الإنخفاض فى انخفاض معدل الخلايا(ت) المساعدة، وانخفاض نشاط الخلايا القاتلة. فلا شك أن الطلاب الذين يتقدمون للامتحانات يغيرون من سلوكهم بطرق متباينة منها مثلاً أنهم ينامون عدداً أقل من الساعات ويأكلون بمعدل أقل من الطبيعى، ولذلك ربما يتأثر جهاز المناعة أما بفقدانهم لعدد من ساعات النوم أو للتغذية غير الملائمة وليس بسبب التوتر فقط. وقد تنبه الباحثون إلى خطورة هذه العوامل وقاموا بضبطها وتوصلوا إلى ان التغيرات الحادثة فى نشاط جهاز المناعة تحدث مباشرة من التوترات المصاحبة للامتحانات.

وعلى الرغم من أن العديد من الطلاب ربما لا يوافقون على ذلك نظراً لأن التوتر المصاحب للامتحان عادة ما يكون معتدل وغير قاس. فماذا عن التوترات الشديدة والعنيفة؟ يعد فقدان أو موت الزوج أو الزوجة أو أحد أفراد الأسرة أشد أحداث الحياة الضاغطة المثيرة للتوتر ويؤثر بالفعل على وظيفة المناعة، وعلى سبيل المثال فقد أظهر أزواج السيدات المصابات بسرطان الثدى انخفاضاً ملحوظاً فى نشاط جهازهم المناعى خلال الشهور التالية لموت زوجاتهم مقارنة بالشهور السابقة لموت الزوجة (Stein et al, 1985)، كما يعد الطلاق والانفصال بين الزوجين من المثيرات المرتبطة بدرجة قوية بالمعدلات المتزايدة من المرض والوفاة، وقد أوضح جلاسر وجلاسر أن النساء المنفصلات والمطلقات قد أظهرن انخفاضاً ملحوظاً فى وظائف جهاز المناعة لديهن مقارنة بالنساء المتزوجات.

الأفراد الذين يدركون أن لديهم القدرة على التحكم فى، وضبط ما يتعرضون له من مثيرات ضاغطة يبدو أن لديهم حماية ووقاية أفضل ضد الآثار المكبوتة للتوتر، وعلى سبيل المثال تؤثر فعالية الذات المدركة مباشرة على استجابة الجهاز العصبى المستقل وجهاز المناعة، ولتوضح ذلك استخدم ويدنفيلد ورفاقه Wiedenfeld et al 1989 منهجاً تجريبياً تم وصفه فيما سبق فى علاج الفوبيا باستخدام النمذجة والعلاج بالتعريض الموجه مما أدى إلى زيادة فعالية الذات لدى المفحوصين الذين يعانون من فوبيا الثعابين، وقاس الباحثون استجابة جهاز المناعة لمثير الفوبيا (الثعبان) قبل، وأثناء وبعد اكتساب المفحوصين لفعالية الذات حول مواجهة الثعبان، واتضح أن نمو فعالية الذات قد زاد وحسن وطور من استجابات المناعة للمثيرات الضاغطة.

الدراسات التى استعرضناها هنا تؤكد أن التوترات النفسية يمكن أن تغير فى وظائف جهاز المناعة، ولكن ما هى الدلالة الاكلينكية لتأثير هذه التوترات؟ وهل يمكن أن تؤدى إلى الإصابة أو تأجيل الشفاء من مرض مُعدى؟ هناك أدلة دامغة على صدق ذلك على بعض الأمراض على الأقل، مما يجعل الإجابة على كلا السؤالين هى حتما نعم ومن هذه الأمراض:ـ

١ـ نزلات البرد الشائعة (العامة) Common cold: لا شك أنك سمعت الحكمة القديمة القائلة "إذا تعرضت للإرهاق فمن المحتمل أن تصاب بمرض" والإصابة بنزلات البرد مثلاً غالباً ما ترجع إلى الإرهاق والتوتر كعوامل معجلة جنباً إلى جنب مع العوامل الممهدة (كالعدوى والاستعداد البيولوجى). وقد نُيقن الآن فى صحة هذا الاعتقاد القديم، فلا شك أن التوتر يزيد من قابليتنا للعدوى الفيروسية كما هو الحال فى نزلات البرد. وقد تناول الباحثون فى انجلترا ذلك بالدراسة بإعطاء تلك السوائل المتساقطة من أنف المريض أثناء نوبات البرد والتى تحتوى على خمس أنواع من الفيروسات لخمس مجموعات تجريبية، ومحلول ملحى لمجموعة ضابطة وشكلت العينة الكلية ٣٩٤ مفحوصاً سليم صحياً (Cohen et al, 1991) وتم عزل المفحوصين حتى لا يتصلوا بأى أفراد مصابين لديهم العدوى، وتم الحصول على تقديرات تفصيلية لتوترات الحياة التى يعانى منها المفحوصين. وتم قياس أعراض

نزلة البرد والبرد الاكلينكي والعدوى الناتجة عن عزل الفيروس المسئول، واتضح أن كل من أعراض البرد والبرد الاكلينكي قد زادت بشكل جوهري بين المفحوصين الذين تعرضوا لفيروس نزلات البرد وعانوا من توتر شديد، فكلما عانى الأفراد من التوتر كلما كانوا عرضة للإصابة بنزلات البرد، وهذا الرأى ينطبق على كل أنواع الفيروسات المسببة لنزلات البرد، فالتوتر له تأثير عام على خفض المقاومة للفيروسات المختلفة.

٢- السرطان Cancer: أكد بعض الباحثين على الاعتقاد فى وجود صلة أو ارتباط للعوامل النفسية الاجتماعية فى إحداث وتطور أمراض السرطان، ومع ذلك تظهر نتائج الدراسات والأدلة المستمدة منها على أن العوامل النفسية ربما تؤثر على الأقل على بعض أشكال السرطان لدى بعض المرضى. ففى دراسة قام بها سبيجل وأخرون Spiegel et al 1989 على السيدات المصابات بسرطان الثدى. وقدمت بعض الأدلة الهامة والمثيرة حتى الأن. حيث وجد الباحثون أن السيدات اللائى شاركن فى علاج نفسى جماعى واستخدمن التنويم المغناطيسى الذاتى Self-hypnosis للتحكم فى آلام المرض قد عشن ما عاشته سيدات المجموعة الضابطة منذ الإصابة بالمرض على الرغم من أن كلا المجموعتين قد تلقت علاجاً طبياً عادياً، وكانت السيدات فى مجموعة العلاج أقل إحساساً بالقلق والاكتئاب والألم عن المجموعة الضابطة. كما يرتبط سرطان القولون بالتوتر أيضاً ففى دراسة سويدية حديثة وجدت أن الأفراد الذين لديهم تاريخ من المشاكل فى مكان العمل على مدى العشر سنوات الأخيرة كانوا عرضة للإصابة بسرطان القولون بمعدل خمس أضعاف ونصف مقارنة بالأشخاص الذين لم يعانوا من هذه المشاكل، واستمرت هذه العلاقة حتى بعد أن حدد الباحثون للنظام الغذائى والعوامل الأخرى التى ارتبطت بهذه الأنواع من السرطان.

وقد يؤدى التوتر إلى السرطان بسبب ما يحدثه من خلل فى جهاز المناعة، ويمكن أن تحدث نتيجة مماثلة بسبب خلل أو إضطراب فى مادة DNA ينتج عن التوتر. وقد أظهر العلماء اليابانيون أن الفئران المتوترة دوماً يتطور لديهم العديد من صور الخلل فى مادة DNA فى خلايا الكبد، وهذا الخلل يمكن أن يؤدى إلى

الأورام وتطور سرطاني. وذكر سيجل Siegel, B. في كتابه الحب والطب والمعجزات الذي يعد من أكثر الكتب الطبية مبيعاً عام ١٩٨٦ أن عشق الذات Self-Love أمراً هاماً في بقاء واستمرار السرطان بنفس درجة أهميته في تلقي تشخيص وعلاج طبي دقيق. ويعتقد سيجل أن السرطان عبارة عن يأس يعاني منه الفرد على مستوى الخلية وطبقاً لما ذكر "إذا تجاهلنا ما نعانيه من اليأس فسوف يتلقى الجسم رسالة موت مفخخة، وإذا تعاملنا مع آلامنا وطلبنا النجدة والمساعدة، فإن ذلك يعني بإن رسالة الحياة مرغوبة رغم أنها صعبة، وهنا يبقى جهاز المناعة يعمل ليحافظ علينا أحياء" ونفس الفكرة عرضها فيلهلم wilhelm الذى عزا موت فرويد بالسرطان إلى عجزه الجنسي وزواجه غير السعيد (ملحوظة مات فرويد وهو في الثالثة والثمانين من العمر فهل كان يود له الخلود). وأوضح سيجل أيضاً أنه عندما نفشل في مواجهة صراعاً نفسياً قد نصاب بالسرطان في الأعضاء التي دارت حولها هذه الصراعات فالنساء اللاتي يعيشون حياة عاطفية غير سعيدة وتعسه يصبحون عرضة للإصابة بسرطان الثدي أو الرحم.

٣ـ متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الأيدز)

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

الأيدز مرض قاتل إلى حد بعيد وفيه تهاجم خلايا جهاز المناعة بواسطة فيروس يعرف بفيروس نقص المناعة الإنسانية Human Immunadeficiency Virus (HIV) ويترتب على ذلك تدمير الخلايا الليمفاوية (ت) مصحوبة بحمى من النمط III الشديدة، كما يهاجم الفيروس الجهاز العصبي المركزي بشكل مباشر ويؤدي إلى إضطراب في وظائفه من أهمها الهلاوس والضلالات وتبدلات الشخصية أو الاكتئاب والذهان. ويمكن اكتشاف هذا الفيروس في كل من الدم والمني والدموع واللعاب والسائل النخاعي الشوكي. ومن المعتقد أن الإصابة بهذا الفيروس تؤدي حتماً إلى الأعراض الاكلينكية للمرض، ولكن الملاحظ أن عدداً محدوداً من الناس يعيش لمدة تصل إلى خمس سنوات بعد تشخيص المرض لديهم (ويتوقع أن تزداد هذه المدة مستقبلاً مع تطور العلاج ونجاحه) وهذا أمراً ملحوظاً وملفت للنظر إذا أخذنا في الاعتبار أن متوسط العمر المتوقع لمريض الأيدز بعد

تشخيص المرض لديه يتراوح بين ٢-١٨ شهر علـى أحسن تقدير. وهو ما دفع بعض الباحثين إلى الاعتقاد بأن العوامل النفسية/ الاجتماعية ربما تؤثر علـى بداية ومسار المرض من خلال آثاره على جهاز المناعة.

فربما تؤثر العوامل النفسية/ الاجتماعية على نمو وتطور المرض عن طريق خفض الأثار السلبية للتوتر على وظيفة المناعة. وإحدى الطرق المتبعة للتحقق من هذا الافتراض تكون من خلال مقارنة المرضى الذين يموتون بسرعة بعد هجوم المرض عليهم باؤلئك الذين يعيشون لمدة عامين أو أكثر بعد إصابتهم بالمرض. بعض البحوث أشارت إلى أن المرضى الذين عاشوا فترة أطول من المحتمل أنهم استخدموا استراتيجيات مواجهة فعالة وطلبوا المساعدة لحل المشكلات التى تواجههم. كما ترتبط الإثارة التلقائية بمدة بقاء الفرد خلال ثلاث سنوات من المتابعة، كما يفترض الباحثين أن الاستثارة التلقائية المتزايدة ترتبط بزيادة افراز مجموعة الكاتيكولامين (الأدرينالين والنورأدرينالين) وتدعم نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية، وتتسق وجهة النظر هذه مع نتائج الأبحاث الأخرى التى تربط بين ضعف التعبير عن الانفعال والأثار السيئة فى مرضى السرطان.

فى حين أثارت النتائج الأخرى شكوكاً حول دور العوامل النفسية فى تطور واستمرار مرض الإيدز، فعلى الرغم من أن التوترات الشديدة تعجل من استفحاله كما هو مُعتقد، ومع ذلك فإن الرجال اللواطيون Gay men الذين حرموا من أصدقاءهم ومحبيهم بالموت بسبب مرض الإيدز لم يظهروا استجابات مناعية مختلفة عن الرجال اللواطيون الذين لم يفقدوا أصدقاءهم ومحبيهم، وهو ما دعا الباحثون إلى استنتاج أن تأثير أحداث الحياة الضاغطة فى بداية ظهور الأعراض فى الرجال اللواطيون أمراً غير ذات فعالية، واستنتج هؤلاء الباحثون أن الرجال اللواطيون المصابون بفيروس الأيدز لا يحتاجون إلى التقليل من شأن تعرضهم للأحداث الضاغطة المثيرة للتوتر فى حياتهم. (wilson, G.t. et al 1996)

وعن الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة، فإن الاكتئاب لا يعجل من إصابتهم بالأيدز، ولا يؤدى إلى الموت، ولكن الأفراد الذين تنمو وتزداد لديهم الأعراض المرتبطة بنقص المناعة من المحتمل أن يصابون بالاكتئاب غير أنه قد

لا يؤثر على سير المرض لديهم، وفى دراسة على ٣٦٥ مريضاً بالاكتئاب، ١٨٥٨ من مرضى الأيدز الذين لا يعانون الاكتئاب واستمرت ثمان سنوات أوضحت أن الاكتئاب لا يرتبط على الإطلاق بأى خلل وظيفى فى جهاز المناعة يمكن قياسه لدى هؤلاء المرضى، ولا توجد أيضاً فروق فى كمية الوقت التى تمضى قبل الوفاة وحتى فى الأشخاص الذين لا يعانون من الإصابة بالأيدز، (Lyketsos et al 1993) ليس للاكتئاب أثاراً ثابتة على جهاز المناعة أو على تطور حالات المرض.

نسبة الانتشار:

قدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) عام ١٩٨٦ أن حوالى مائة الف شخص مصابون بالأيدز فى العالم بأسره وأن حوالى عشرة ملايين حاملين للمرض، وتنبأت بأن حوالى ١٨٠ الف سيموتون بسببه بحلول عام ١٩٩١، وتشير التقديرات الراهنة إلى أن أكثر من ربع مليون أمريكى قد ماتوا بسبب الأيدز فى السنوات العشر الأخيرة. وأكثر الناس عرضة للمرض اللواطيون وثنائى الممارسة الجنسية الذين يمثلون ٧٠-٨٠٪ من المرضى. ومدمنوا العقاقير وخاصة ما يؤخذ منها بالحقن الوريدى حيث تكون الأبر ملوثة بدم مريض سابق، كما ينتشر بين المومسات ومرتادى دور الدعارة فى أوربا وأمريكا، وقد يُنقل عن طريق المشيمة من الأمهات الحاملات للمرض إلى أطفالهن أو عن طريق نقل دم ملوث بفيروس الأيدز.

ثانياً أمراض الجهاز الدورى

يتكون الجهاز الدورى من القلب والأوعية الدموية، ولتوضيح دور العوامل النفسية فى الإصابة بأمراض الجهاز الدورى فسوف نركز على كل من ضغط الدم المرتفع، ومرض الشريان التاجى بالقلب.

١ـ فرط ضغط الدم Hypertension

فرط ضغط الدم هو حالة من الارتفاع المستمر فى ضغط الدم وبشكل غير طبيعى ويسمى ضغط الدم المرتفع احياناً بالقاتل الصامت لأنه صامت ولا يكشف عن أعراض يلحظها المريض asymptomatic إلا إذا قام بقياس ضغط الدم لديه، وضغط الدم ١٤٠/٩٠ يعرف بأنه الخط الفاصل لضغط الدم فى حين يدل الضغط ١٦٠/٩٥ على ضغط دم مرتفع (لاحظ أنه فى قياس ضغط الدم يمثل الرقم الأول

القراءة الانقباضية systolic أى الناتجة عن انقباض عضلة القلب ليضخ الدم بنشاط، أما الرقم الثانى فيسمى بالقراءة الإنبساطية diastolic حيث تنبسط عضلة القلب قبل أن تقوم بالانقباض التالى) "وعادة ما تكون الزيادة المزمنة فى ضغط الدم فى الشرايين مصحوبة بتصلب الشرايين الذى هو مرض يرتبط بالتقدم بالعمر عادة، وهذا التصلب هو فى أساسه ضيق الشرايين ولما كان حجم الدم المدفوع يظل على ما هو عليه تكون النتيجة ازدياد فى الضغط، وارتفاع ضغط الدم الأساسى أو الجوهرى هو المصطلح الذى يطلق على الارتفاع المزمن فى ضغط الدم والذى لا يكون له سبب عضوى معروف، والذى يعد لذلك ناشئاً عن عوامل نفسية، وفى كل العلل المتصلة بارتفاع ضغط الدم تتعرض حياة المريض كما يصبح المريض مهدداً بالسكتة القلبية أو بنوبات القلب" (ريتشارد سوين ١٩٧٩).

ولضغط الدم المرتفع أسباباً متعددة تشمل العوامل الوراثية ونظام التغذية والعوامل الاجتماعية/ الثقافية، ومن ثم فإن فهم وعلاج ضغط الدم المرتفع يتطلب نظرة تكاملية بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية والأخذ بعين الاعتبار الأثار المنفصلة والتفاعلية لعوامل المخاطرة المختلفة. حيث تدفع العوامل الوراثية بعض الأفراد نحو الإصابة بهذا المرض لكونه يسرى فى أسر هؤلاء المرضى. فالأطفال الذين لديهم على الأقل أحد الولدين مصاب بضغط الدم يستجيبون للتوترات بزيادة فى ضغط الدم عن هؤلاء الأطفال الذين لا يعانى أحد فى أسرهم من ضغط الدم المرتفع حتى ولو كان ضغط الدم لدى أطفال المجموعة الأولى طبيعى فى الظروف العادية، والتفسير لزيادة ضغط الدم كنتيجة للتوترات هى ردود الفعل التلقائية الصادرة عن الجهاز العصبى والغدى لهؤلاء الأطفال حيث تشير ردود الأفعال الاستجابية إلى الإثارة المصاحبة لنشاط الجهاز العصبى المستقل عند استجابتة للتوترات. فردود الأفعال التلقائية ترتبط بشكل جوهرى بخطر التعرض لضغط الدم المرتفع، وفى إحدى الدراسات التنبؤية على الدارسين بكلية الطب الذكور البيض وجد أن التغير فى ضغط الدم الانقباضى فى استجابة لتوترات جسمية ينبأ بتطور ضغط الدم المرتفع لمدة تزيد عن عشرين سنة فيما بعد (Menkes et al, 1989)

وبالإضافة إلى العوامل الوراثية فإن العوامل النفسية هى الأخرى تلعب دوراً فى ضغط الدم المرتفع، ففى دراسة حديثة أظهرت أن الرجال الأكثر قلقاً تتضاعف فرصتهم للإصابة بضغط الدم المرتفع مقارنة بالرجال الأقل قلقاً، وعادة ما يرتفع ضغط الدم عند الطلاب خلال أداءهم لامتحان رئيسى من امتحانات الكلية يشعرون فيه بالتوتر أو الخشية والقلق، وقد وصف العديد من مرضى ارتفاع ضغط الدم بالعدوانية والتنافس القائم على الكراهية، ثم أن هذا العنصر العدوانى يحبسه الفرد فى نفسه ويكظمه بسبب حاجته لأن يظل على تشبثه بالأخرين واتكاله عليهم أى أن الفرد يقمع الغيظ المزمن ويبدى واجهة من التسامح والمسالمة، وهناك رأى أخر يضيف إلى ذلك أن الغضب يؤدى إلى تغيرات بيوكيمائية تؤثر أخر الأمر فى ضغط الدم. أما دراسات سمات شخصية المرضى فتكشف لنا عن نمط وسواسى قهارى ينشد الكمال ومرتبط بالطموح الزائد الشديد، كما أن الشخص الذى يرتفع عنده ضغط الدم يتصف بالإضافة إلى الجمود ـــ بأنه منعزل عاطفياً عن العلاقات الشخصية وبأنه شديد الخوف بصفة خاصة من أولئك الأشخاص الذين يتوقع عندهم الإشباع لحاجته إلى الاعتماد والاتكال على الأخرين، وكذلك يظن بمريض ارتفاع ضغط الدم أنه منغمس فى حرب أهلية بين الحاجة إلى الاتكال والسلبية من ناحية والرغبات العدوانية والرغبة فى إثبات الذات من ناحية أخرى، وأمثال هذا الشخص يبدون أكثر قدرة على التعبير عن العداوة والكراهية عن طريق الأساليب غير المباشرة القائمة على التبرير (ريتشارد سوين: ١٩٧٩)

كما يؤثر النظام الغذائى على ضغط الدم أيضاً، حيث يعد تقليل أو انخفاض مقدار الصوديوم المتناول والموجود فى ملح الطعام (كلوريد الصوديوم) وسيلة هامة للوقاية والعلاج لمرضى ضغط الدم المرتفع، كما أن الاستهلاك المفرط للكحوليات والخمور والأطعمة التى تحتوى على نسبة مرتفعة من الكولسترول كالدهون الحيوانية كلها عوامل ترتبط إيجابياً بضغط الدم المرتفع.

كما تلعب العوامل الاجتماعية/ الثقافية دوراً فى ارتفاع ضغط الدم الجوهرى. وقد بينت الدراسات عبر الثقافية (التى أجريت عبر ثقافات متباينة) وجود علاقة ارتباطية قوية ودالة بين معدلات ضغط الدم المرتفع والتطور

الصناعى. ولكن يبقى من غير المؤكد ما إذا كان هذا الارتباط يرجع إلى المستوى المتزايد من التوتر لكون الفرد يعيش فى مجتمعات صناعية متحضرة تجعله يلهث وراء كل جديد من سيارات وأجهزة الكترونية ومنازل فخمة وغيرها أم انه دالة لعوامل أخرى مثل ما حدث لعادات التغذية من تغيرات وتبدلات. وقد اقترح نورمان أندرسون (Anderson et al, 1991). أحد الباحثين الرواد فى مجال دراسات ضغط الدم أن ردود الأفعال التلقائية النشطة لدى الزنوج الأمريكان هى بمثابة دالة للتوترات البيئية والاجتماعية المزمنة التى يواجهها هذا المواطن فى مجتمعه الذى يُعده مواطن من الدرجة الثانية أو الثالثة. ويزيد التوتر المزمن والمستمر من مستوى الإثارة التلقائية، ويزيد من احتجاز الصوديوم ومعدل إفراز مجموعة هرمونات الطوارئ كالنورأدرينالين الذى يؤدى إلى انقباض الأوعية الدموية، ومع مرور الوقت يؤدى النشاط التلقائى وردود الأفعال المرتبطة بالتوتر إلى تلف تركيبى فى الأوعية الدموية ومن ثم تزايد ضغط الدم.

والعديد من شواهد الإثبات تدعم هذا الرأى، كالمقارنة بين البيض والزنوج. فمن المعروف أن الزنوج فى أمريكا يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية/الاجتماعية الناتجة عن البطالة والفقر والجريمة، وظروف المساكن الضيقة والمزدحمة بسكانها، وترتبط هذه التوترات المزمنة بضغط الدم المرتفع وضغط الدم الجوهرى بمعدل أعلى فى مجتمعات الزنوج. وعلى سبيل المثال توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الحالة الاقتصادية/ الاجتماعية وضغط الدم الجوهرى بين الزنوج. وفى الحقيقة فإن المستوى الاقتصادى الاجتماعى أحد العوامل المنبئة القوية للمشكلات الصحية وربما الموت.

نسبة الانتشار:

يؤثر ضغط الدم المرتفع على حوالى ١,٥٪ من أى مجتمع، وينتشر بيْن الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء، وبين المستويات الاقتصادية/ الاجتماعية المنخفضة عنه بين المستويات المرتفعة، وبين الأقليات فى أى مجتمع، كما تزداد النسبة بين المسنين عنها بين المراهقين والراشدين وعادة ما يؤدى إلى تلف بالكليتين وأمراض بالقلب والعينين والجهاز العصبى.

٢ـ مرض الشريان التاجى Coronary heart disease

الشريان التاجى أو مرض القلب مصطلح يستخدم فى بعض الكتب الطبية للدلالة على عدة اختلالات أهمها انسداد الشريان التاجى، وهبوط القلب، والذبحة الصدرية (آلام حادة فى الصدر تحدث بعد المجهود البدنى أو الضغوط الانفعالية). ورغم أن البعض ينظر إلى مرض الشريان التاجى على أنه مرض طبى فى المقام الأول إلا أن أكثر المؤيدين لهذا الرأى لا يستطيع أن ينكر ولو فى بعض الأحيان دور التوترات الانفعالية فى تفاقم وزيادة الأعراض الطبية. وعلى الرغم من أن أسباب هذا المرض معقدة فهو يشبه ضغط الدم الجوهرى فى أنه يسرى بين أفراد بعض الأسر، كما أن الأفراد المُعرضون للإصابة به يرثون الميول البيولوجية التى ربما تتفاعل فيما بعد مع العوامل البيئية والغذائية والفسيولوجية المختلفة لإحداث مرض القلب.

وعلى الرغم من أن مرض الشريان التاجى قد عرف منذ زمن بعيد، إلا أنه خلال العقدين السادس والسابع من القرن العشرين ظهرت كشوفات مثيرة كانت تعد حديثة فى حينها تجعل من الضرورى تضمين مرض الشريان التاجى ضمن كتب علم النفس المرضى وقد وصفت هذه الاكتشافات على يد دنبار (١٩٥٩) الذى ذكر أن سمات الشخصية تعمل بوصفها عوامل مهيئة للانسداد التاجى والذبحة (ريتشارد سوين ١٩٧٩) كما دفعت ملاحظات طبيبا القلب الأمريكيين فريدمان وروزنمان Fredman& Rosenman على المترددين على عيادات أمراض القلب إلى القول بأن نسبة لا يستهان بها منهم لديهم زملة من السمات العاطفية المميزة تظهر على الأفراد الذين يخوضون معارك مزمنة للحصول على عدد غير محدود من الأشياء الهزيلة من البيئة المحيطة فى أقصر فترة زمنية، وإذا لزم الأمر ضد الأشياء أو الأشخاص الموجودين فى محيطهم البيئى، وأطلقا على هذه الفئة من الأفراد ذوى النمط (أ) type A. وذكر روزنمان ١٩٦٤ أن سلوك ذوى النمط (أ) يستمد من التفاعل بين صفات شخصية الفرد واستعداده الوراثى، ومحيطه البيئى، وادراكه لمسببات الضغوط على أنها تحدى. وهذه العلميات المتفاعلة فيما بينها هى التى تؤدى فى النهاية إلى انبثاق نمط حياة غالباً ما يكون مرتبطاً بالتنبيه النفسى

والفسيولوجى. وللدراسة المتعمقة لهذه الفئة قاما بإعداد مقابلة مقننة (١٩٦٤) استخدمت فى الدراسات التعاونية الغربية ولفترة طويلة من الوقت وأمكن من خلالها تصنيف المفحوصين من ذوى النمط (أ) الذين يتميزون بصفات أهمها العدائية، والتسرع أو العجلة وفقدان الصبر والتنافس، فلديهم دافع شديد وملح لتحقيق أهداف ربما تكون غير محددة بوضوح، ولديهم رغبة جامحة وتشوق إلى التنافس المقترن بالرغبة الملحة فى الحصول على تقدير الأخرين واعترافهم وعلى الترقى والتقدم. والانغماس فى أنشطة متنوعة وهو يسابق الزمن فلديه شعور بأن عليه أن ينتهى قبل انقضاء الزمن المحدد، وكل ذلك عبارة عن مظاهر للكفاح يستخدمها للتغلب على الموانع والحواجز الموجودة فى البيئة، وفى المقابل لذلك توجد فئة أخرى يمكنها تحقيق نفس المستوى من النجاح والريادة الذى يحققه ذوى النمط (أ) دون أن يكون لديهم نفس السمات والخصائص فهم أكثر استرخاءاً وتأنى وقناعة وأقل ميلاً للمنافسة ويقسمون أوقاتهم بين العمل والترفيه وهادئين وغير متعجلين وصبورين وأطلق عليهم ذوى النمط (ب).

وفى عام ١٩٧٨ قام روزنمان بتطوير المقابلة المقننة لسلوك ذوى النمط (أ) لتصبح أكثر فعالية، ولكن نظراً لما يوجد عليها من مآخذ أهمها الذاتية، ولكونها تتطلب التدريب على تطبيقها وتفسير نتائجها من قبل أخصائى كفؤ، ولعدم نجاحها الكامل فى تصنيف ذوى النمط (أ) والنمط (ب) بشكل جيد وبطريقة سهلة، كما أن بعض الدراسات أوضحت أن معدلات ثباتها غير مرتفعة وخاصة عندما تم نقلها إلى ثقافات ولغات أخرى غير الانجليزية، ولكونها تحتاج إلى فترة زمنية طويلة وجهد كبير للتطبيق، ولا تصلح مع الدراسات التى تتم على عينات كبيرة العدد كالدراسات المسحية مثلاً، كل ذلك جعل الباحثون يلجأون إلى مقاييس التقرير الذاتى والتى يعد مقياس بورتنر Bortener الذى أعد عام ١٩٦٩ كمقياس قصير لتصنيف ذوى النمط (أ) من أول هذه المقاييس إلا أنه لم ينجح إلا فى تصنيف ما بين ٧٠-٧٥٪ من ذوى النمط (أ) إلى هذه الفئة، تلى ذلك مسح جنكنز للأنشطة الذى أعده جنكنز وأخرون ١٩٧٩ بعد سلسلة من الفحص والدراسة وإضافة وحذف للبنود بغرض الوصول إلى أفضل صورة منه والتى ما زالت تستخدم إلى

الأن وهى الصورة (C) وتتكون من ثلاث أبعاد هى: السرعة ونفاذ الصبر، والاستغراق فى العمل، وصعوبة المراس وتم تقنين هذا المقياس واستخدامه فى البيئة العربية (محمد السيد عبد الرحمن، فوقية حسن ١٩٩٦)، وأخيراً كان مقياس لوجان رايت .wright, L عن الضبط الاجتماعى المبالغ فيه Exaggerated social control أو اللاتبادلية، ومقياس أسلوب الحياة way of life scal ١٩٩١، ١٩٩٦ اللذين حدد فيهما خصائص إضافية لسلوك النمط (أ) منها الشعور بإلحاح الوقت، والغضب الموجه للداخل والموجه للخارج والرغبة المتزايدة فى السيطرة وبسط النفوذ على الأخرين، وضبط الغضب والتعبير عنه. وهكذا لم تعد الخصائص التى حددها فريدمان وروزنمان سوى جزء من الخصائص العامة لهذه الفئة التى قد يكشف العلم المزيد عنها. وقد قام المؤلف بأعداد المقياس الشامل لسلوك ذوى النمط (أ) ويشمل الأبعاد الأتية.

١ـ التنافس وصعوبة المراس Hard driving / competitve

٢ـ السرعة ونفاذ الصبر speed / impatience

٣ـ الاستغراق فى العمل Job Involvment

٤ـ إلحاح الوقت time urgency

٥ـ الغضب الموجه للداخل anger In

٦ـ الغضب الموجه للخارج anger out

٧ـ الضبط الاجتماعى المبالغ فيه (اللاتبادلية) Exaggerated Social control

(محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٩)

ورغم ما فى هذه الأدوات والمقاييس من قصور إلا أنها فتحت الباب على مصراعيه أمام الباحثين لدراسة أدق تفاصيل حياة هذه الفئة الأكثر عرضة للذبحات الصدرية والجلطات القلبية ووصفتهم عموماً بأنهم شديدو التنافس، مرتفعى الإنجاز، عدوانيون، متسرعون، نافذو الصبر، ولا يقر لهم قرار، ويتميزون بأسلوب انفجارى فى الحديث، وتوترات فى عضلات وجوههم، ولديهم إحساس بان

الوقت يمزقهم إرباً، وأن مسئولتيهم ثقيلة تئن بها الجبال، وهم يسيرون ويتحركون ويأكلون بسرعة، ويميلون إلى تأكيد بعض الكلمات فى حديثهم والاستعجال فى نهاية الجمل التى ينطقونها، ويقاطعون الأخرين ليكملون بأنفسهم جمل أو عبارات الفرد الذى يتحدث اليهم ببطء، ويجدون صعوبة فى انتظار عمل ما يُنجز من قبل الأخرين ويشعرون أن بإمكانهم أداءة بصورة أسرع، ويميلون إلى التدخل والمشاركة فى كل فعالية ممكنة، ويحاولون القيام بأكثر من عمل فى نفس الوقت فيقرأون ويأكلون وهم يشاهدون التلفزيون أو يسمعون الراديو أو يقودون سياراتهم مثلاً. ويغيرون الحديث فيما لا يرغبونه إلى ما يرغبونه بشكل ملح وقسرى. ويجدون صعوبة فى الاسترخاء بدون عمل حتى لو كانوا فى عُطلة، فهم يهتمون بالعمل وإنجازه أكثر من التمتع بأداءه، يضعون عدداً من الأعمال لإنجازها وربما تتجاوز قدرتهم سامحون بوقت قصير جداً لما قد يحدث من ظروف إضطرارية، وأهم أهدافهم هو الحصول على المزيد من المال والأصدقاء، ويحكمون على النجاح بعدد مرات تحقيقه بدلاً من نوعية الأعمال التى نجحوا فى أداءاها، ويبررون هذا بقدرتهم على أداء الأعمال بصورة أكثر ويهزون رؤسهم وأيديهم وأرجلهم ويطقطقون أصابع أيديهم أو يصكون أسنانهم تعبيراً عن حالتهم الانفعالية. أما ذوى النمط (ب) فيتصفون بالصبر وعدم الإحساس بالحاح الوقت وغير مشغولين البال بما يحاولون إنجازه، ولا يُستثارون أو يتهجون ويميلون إلى التمتع والاسترخاء ويعملون بهدؤ ولطف ويسهل التعامل معهم، هادئين غير متوترين وغير متنافسين (محمد مهدى محمود: ١٩٩٤)

ولكن لماذا يبقى ذوى النمط (أ) أكثر عرضة لأمراض القلب دون غيرها؟. إن سمات وخصائص ذوى النمط (أ) التى سبق ذكرها تجعله أكثر عرضة للضغوط بشكل دائم وهذا يتركه فى حالة مستمرة من التوتر الداخلى، فعلى سبيل المثال تشكل العقبات والتأخير والتعطيل البسيط عوائق رئيسية فى حياته وتؤدى إلى إحباط وغضب كبيرين، وحتى فى الأوقات التى يفترض أنها سعيدة نجدها تزيد من توتره فأيام الأجازة تشعره بالذنب، فالراحة غير مجدية والجلوس بدون عمل مضيعة للوقت، وتأخر قيام الطائرات أو وصولها بعد موعدها، والسيارات

التى تسير أمامه فى الطريق السريع بسرعة لا يرضاها أمراً يثير غيظه، والوقوف فى صف فى مطعم أو بنك أو حتى مسرح أمراً يثير اشمئزازه، وتحدث الأخرين ببطء معه يسبب له شعوراً بالقلق والتلهف كل هذه المشاعر البغيضة (الشعور بالذنب، الغيظ والاشمئزاز والغضب والقلق والتلهف) وما يصاحبها من تفكير لا عقلانى ستؤدى حتما إلى ارتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة الكولسترول وخاصة إذا رافق ذلك بعضاً من أحداث الحياة المؤلمة مثل موت شخص عزيز أو طلاق أو خسارة اقتصادية أو فصل من العمل.

ومع أن كيفية تأثير سلوك ذوى النمط (أ) على الأوردة التاجية فى القلب غير مفهوم بعد إلا أن هناك تفسيرات عامة فى هذا المجال، وتشير إحدى وجهات النظر إلى أن سلوك هذا النمط يعمل على رفع مستوى الكولسترول فى الدم مما يزيد من احتمال تشكيل خثرة دموية أو ارتفاع فى ضغط الدم أو زيادة إفراز هرمون النورأدرينالين الذى يعرقل عملية انتظام نبض القلب، كما اعتقد باحثون أخرون أن الهرمونات الفسيولوجية التى تتوسط العلاقة بين نمط الشخصية (أ) وأمراض القلب التاجية بصورة عامة تؤدى إلى رفع نشاط الشرايين التاجية مما يسرع من التلف الذى يصيبها بمرور الزمن، وتساهم فى تجميع الصفائح الدموية المسببة لخثرة الدم التى تكون على شكل تجلط دموى. كما تعمل على استهلاك عضلات القلب نتيجة لعدم اتساق النبض. وأشارت دراسات أخرى إلى محاولة الأفراد من ذوى النمط (أ) التكيف مع العوامل الضاغطة وما يتطلبه من مجهود نفسى ومن ثم إطلاق هرمونات الكاتيكولامين (الأدرينالين والنورأدرينالين) وقد يكون ذلك سبباً فى الوفاة المفاجئة بمرض القلب الذى يحدث فى بعض الأحيان للشخصيات من ذوى النمط (أ) خاصة أولئك الذين يبذلون جهوداً كبيرة للتغلب على العوامل الضاغطة. وبالفعل فقد أظهرت إحدى الدراسات المبكرة لفريدمان وروزنمان (١٩٧٤) أن التوتر يؤثر مباشرة على مستوى الكولسترول فى الدم الذى يعد عامل الخطر الأول فى الإصابة بأمراض القلب، واستخدم الطبيبان عينة من المحاسبين وقاسا لهما مستوى الكولسترول خلال الفترة من يناير إلى يونيو من نفس العام، حيث ارتفع مستوى الكولسترول بشكل حاد كلما اقترب الخامس عشر

من إبريل، وهذا يعكس الضغط الشديد الذى يعانى منه المحاسبين لاستكمال كشوف العائد للممولين فى هذا الشهر، ثم عاد مستوى الكولسترول إلى الانخفاض فى شهرى مايو ويونيو عندما انخفض التوتر أو زال، ولم ترجع هذه النتائج إلى التغيرات فى النظام الغذائى للمحاسبين أو لتدخين السجاير أو ممارسة الرياضة التى بقيت كلها مستقرة خلال هذه الفترة.

وفى عام ١٩٦٠ بدأ التمهيد لدراسة المجموعة التعاونية الغربية وحتى عام ١٩٦٢ واشترك فى هذه الدراسة عينة قوامها ٣١٥٤ رجل يعملون فى ١١ حرفة وصناعة وعلماء فى ثلاث مدن كبرى فى ولايتين أمريكتين بغرض التنبؤ بالرجال الذين يتعرضون للإصابة بمرض القلب التاجى مستقبلاً وتراوحت أعمار عينة المفحوصين بين ٣٩-٥٩ سنة واستمرت الدراسة لمدة ثمان سنوات وخلال سنتين من بداية الدراسة كان عدد الرجال المصابين بأمراض فى القلب بين ذوى النمط (أ) ثلاث أضعاف نُظرائهم بين ذوى النمط (ب)، وتزداد النسبة إلى ستة أضعاف بين الرجال صغار السن (٣٩-٤٩) عن أقرانهم من ذوى النمط (ب) فى نفس العمر. كما وجدت الدراسة أن التنبؤ القائم على تشخيص ذوى النمط السلوكى (أ) أفضل من التنبؤ القائم على منهج طبى بحت من خلال قياس نسبة البروتين الدهنى بيتا/ الفا. وتكاد تجمع الدراسات على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين أو بين المستويات العمرية المتباينة فى سلوك النمط (أ) ومن ثم احتمالية الإصابة بالذبحة الصدرية، ولكن من المؤكد أن هذا النمط السلوكى يوجد بمعدل أكبر فى المستويات التعليمية المرتفعة، وذوى المستويات الاجتماعية والمهنية الأعلى (ولمزيد من المعلومات راجع: محمد السيد عبد الرحمن، وفوقية حسن عبد الحميد: ١٩٩٦).

حتى التدعيمات الأساسية المستمدة من الدراسات التى أجريت على مرضى يتعرضون لإجراءات علاجية مثل تصوير القلب إشعاعياً angiography ويتضمن هذا الاجراء إدخال قسطرة أو أنبوب ضيق فى الشريان التاجى لتصويرها بأشعة إكس، وقد أوضحت هذه الدراسات الأولية على حالات تصلب الشرايين أن ذوى النمط (أ) من مرضى الشريان التاجى أكثر عرضة لتصلب الشرايين عن غيرهم من المرضى. حتى مع ثبات عوامل المخاطرة الأخرى كالنظام الغذائى والوزن

والتدخين وتناول الخمور والوظائف الفسيولوجية المتصلة بدهون الدم وتجلطه. وبعد هذه الدراسات بدأت تظهر نتائج عكسية مستمدة من الحالات التى درست فى المجموعة الغربية التعاونية بعد ٢٥ سنة من المتابعة وأوضحت أن المرضى من ذوى النمط (أ) الذين تم شفاءهم من نوبات القلب كان معدل تعرضهم للموت من أمراض القلب أقل مما هو لدى ذوى النمط (ب)، أو بعبارة أخرى أن المفحوصين الذين بقوا على قيد الحياة بعد الأزمات القلبية الأولى، يبدو أن سلوك النمط (أ) لديهم كان عامل وقاية وليس عامل مخاطرة، كما فشلت الدراسات اللاحقة التى اعتمدت على تصوير الشريان التاجى فى توضيح العلاقة بين سلوك ذوى النمط (أ) ودرجة الإصابة بذبحة الشريان التاجى وقت استخدام القسطرة معهم.

وعدم اتساق النتائج بهذا الشكل يُظهر بوضوح أن الارتباط بين خصائص الشخصية وأمراض القلب مسألة أكثر تعقيداً عما تصوره فريدمان ورزنمان، وفى الوقت الراهن يكاد يكون هناك شبه إجماع على أنه ليست كل المكونات السلوكية للنمط (أ) مرتبطة بأمراض القلب فبعض المكونات أو الأبعاد ربما تكون مرتبطة فى حين ربما تكون بعض المكونات الأخرى محايدة الأثر أو حتى وقائية، ففى دراسات المجموعة الغربية التعاونية كان بعد العدائية Hostility فى سلوك النمط (أ) من أكثر المنبئات بمرض القلب، وربطت دراسات أخرى بين نتائج تطبيق مقياس العدائية وكل من أمراض القلب والموت، فعند تطبيق قائمة مينسوتا للشخصية MMPI على ٢٥٥ طبيباً عندما كانوا دارسين بمدرسة الطب وبمتابعتهم لمدة خمس وعشرون سنة من قبل باريفوت ورفاقه Barefoot et al 1983 واتضح أن ذوى الدرجة المرتفعة على مقياس العدائية فى قائمة مينسوتا كانوا أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب بنسبة تزيد عن ٤-٥ أضعاف ذوى الدرجة المنخفضة.

بعض العوامل الانفعالية المرتبطة بأمراض القلب:-

١- التوتر: يمكن أن يسهم التوتر فى الإصابة بأمراض القلب من خلال ميكانزمين:-

الأول: أن التوتر يعجل بتخثر الدم فى الشرايين، وقد أخضع كابلن ورفاقه Kaplan et al 1991 القردة لتوترات إجتماعية مزمنة ومستمرة وأدى ذلك إلى

تصلب الشرايين لديهم بنسبة أكبر من القردة التى عاشت فى ظروف مستقرة، وعندما تم حقن هذه القردة المتوترة (بعقار البروبرانولول) the drug propranolol (وهو عقار يستخدم للوقاية من الأزمات القلبية) لم يتطور لديهم تصلب الشرايين حيث حال العقار دون الآثار الناتجة عن الإثارة السيمبتاوية للجهاز العصبى المستقل التى يعتقد أنها المسئول الأول عن تخثر الصفائح الدموية.

الثانى: أن الحدث الضاغط شديد الإثارة يعجل بأزمة قلبية بسبب ما يحدث من تلف فى الشرايين، هذا التلف قد يؤدى إلى جلطة تحول دون سريان الدم فى الشريان التاجى المغذى لعضلة القلب ومن ثم الموت المفاجئ. كما أن الأحداث الصادمة الشديدة بمثابة مثيرات جسمية ضاغطة شأنها فى ذلك شأن الإفراط فى النشاط الرياضى والضغوط النفسية.

٢- الاكتئاب: رغم أن الاكتئاب لا يسبب خللاً فى جهاز المناعة كما لاحظنا من قبل، إلا أن نتائج إحدى الدراسات التى تناولت عوامل المخاطرة المسببة لمرض القلب لدى ١٢٢٥ رجل فى فنلندا أوضحت أن الاكتئاب يمكن أن يؤدى أو يسبب أمراض القلب (Bower, 1992) ويبدو أن الاكتئاب يزيد من تأثير عاملين معروفين بمخاطرهما هما تدخين السجاير وارتفاع مستوى الفيبرنوجين (أو مولد الليفين) Fibrinogen (وهو البروتين المخثر للدم الذى يسهل من تجلطه فى الشرايين) وقد وجد أن معدل تخثر الدم فى الشريان التاجى لمرضى الاكتئاب المدخنين يعادل ثلاث أضعاف معدله فى مرضى الاكتئاب غير المدخنين إذا وضعنا فى الحسبان مدة التدخين وكثافته اليومية، كما يرتفع معدل الفيبرينوجين فى مرضى الاكتئاب أربعة أمثال معدله تقريباً وكذلك معدل تصلب الشرايين عنه فى غير المكتئبين الذين لديهم نفس المعدل من البروتين.

ثالثاً ـ أمراض الأيض: Metabolic Diseases

ويقصد بالأيض أو الميتابولزم مجموعة العمليات المتصلة ببناء البروتوبلازما وإندثارها. وبخاصة التغيرات الكيمائية فى الخلايا الحية التى بها تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات والنشاطات الحيوية والتى بها تمثل المواد الجديدة

للتعويض عن المندثر منها وأهم هذه الأمراض وأكثرها شيوعاً هو مرض البول السكرى (السكر).

البول السكرى Diabetes: عبارة عن إضطراب فى امتصاص وهضم المواد الكربوهيدراتية حيث يبقى الفرد يعانى من مشاكل فى تنظيم مستوى السكر فى الدم. ولعدم ضبط نسبة السكر فى الدم العديد من التأثيرات الخطيرة على الصحة. حيث يزيد من احتمالية الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية والعمى (وقد قدرت الإحصاءات أن داء السكر هو السبب الرئيسى الثانى للعمى فى أمريكا) والقابلية للعدوى، وفقدان أو ضعف الوظيفة الجنسية فى كل من الرجال والنساء على السواء، ويفقد جسم المصاب بالبول السكرى القدرة على إنتاج أو استخدام هرمون الأنسولين، وبدون الأنسولين لا يمكن للجسم أن يحول الجلكوز إلى طاقة ليخزنها فى الخلايا، ويفرز الأنسولين من أجسام كروية الشكل يبلغ قطرها حوالى ٠,٣مم تقع فى الجزء الخلفى للبنكرياس تعرف بجزر لانجرهانز ويميز فى هذه الجزر نوعان من الخلايا الغدية: خلايا ألفا وخلايا بيتا وعدد خلايا بيتا أكبر وهى تفرز هرمون الأنسولين أما خلايا ألفا وهى أقل عدداً فتفرز هرمون جلاكاجون ويشارك الهرمونان فى تنظيم استقلاب المواد السكرية فى الجسم ولكن تأثيرهما يختلف، فالأنسولين ينشط تركيب الجليكوجين فى الكبد ويرفع نفاذية أغشية الخلايا العضلية والدهنية مما يساعد على تقبل الجلكوز فى النسيج العضلى والدهنى، وعند قصور وظيفة جزر البنكرياس مع انخفاض إفراز الأنسولين ينشأ فرط التبول السكرى، وهنا يضطرب تركيب الجليكوجين فى الكبد وتنخفض قدرة الأنسجة على تقبل الجلكوز وترتفع نتيجة ذلك كمية السكر فى الدم وقد تبلغ ٢٠٠ ملجرام/ لتر بدلاً من معدلها الطبيعى ١٠٠-١٢٠ مليجرام/ لتر وتطرح كمية منه مع البول وتزداد كمية البول المطروح فتبلغ ٨-١٠ لترات يومياً مع دوام الإحساس بالعطش، ويعرف هذا النمط من مرضى البول السكرى بذوى النمط I حيث يفتقر الجسم للأنسولين لأن الخلايا المنتجة له تقل كفاءتها، وهكذا يعتمد المصاب بمرض البول السكرى من النمط I على الحقن اليومى لهرمون الأنسولين، وبداية هذا المرض ترتبط بالعدوى، ولذلك يعتبر أحد الأشكال المرضية للمناعة

الذاتية، وفى حالة عدم توفر الأنسولين قد تنشأ لدى المريض حالة خطيرة هى غيبوبة السكر التى تكون مصحوبة بضيق فى التنفس: وضعف نشاط القلب وفقدان الوعى وغيرها من الأعراض.

أما النوع الثانى من مرض السكر والذى يظهر لدى حوالى ٨٠٪ من مرضى البول السكرى والمعروف بالنمط II فيتسم بوجود مستوى كاف من الأنسولين نتيجة فرط وظيفة جزر لانجرهانز ويحدث فى بعض أورام البنكرياس أو غيرها. حيث يحدث انتقال متزايد للجلكوز إلى عضلات هيكل الجسم، ويؤدى ذلك إلى انخفاض كمية الجلكوز فى الدم، ومن ثم يعانى النسيج العصبى من نقص الجلكوز، فالأنسولين لا يؤثر على نفاذية الجلكوز فى الخلايا العصبية، ويمكن أن يؤدى نقص جلكوز الدم الشديد إلى إضطراب نشاط الدماغ والمعروفة بصدمة الأنسولين ويلاحظ فى هذه الحالة ظواهر خطيرة على الجسم منها تكزز أو ارتعاش الجسم وانخفاض درجة الحرارة، وفقدان الوعى ويرتبط هذا النمط بالبدانة بدرجة واضحة وحقن المريض بالأنسولين فى هذه الحالة يسبب علامات نقص الجلكوز أما حقنة بالجلكوز فيسبب زرقة المحلول فى وريد المريض. أما الهرمون الأخر الذى يفرزه البنكرياس وهو الجلوكاجون فيساعد على تحويل جليكوجين الكبد إلى جلكوز ومن ثم ارتفاع معدله فى الدم.

علاقة مرض السكر بالتوتر

يؤثر التوتر على مرض السكر بطريقتين هما:

١ـ **التأثير المباشر**: حيث يتوسط الجهاز العصبى المستقل فى هذه العلاقة الذى يؤدى بدوره إلى زيادة تنبيه الجملة العصبية الودية للب الغدة الكظرية (الأدرينالية) ومن ثم تنطلق هرمونات الكاتيكولامين والكورتيزول مباشرة إلى مجرى الدم وهذه بدورها تؤدى إلى منع إفراز الأنسولين من البنكرياس من ناحية، وتحرر الجليكوجين من الخلايا والذى يحوله الكبد إلى جلكوز من ناحية أخرى مما يزيد من مستويات الجلكوز فى الدم، وإذا كانت زيادة سكر الدم يتم معارضته بسرعة عند الأسوياء فهذا أمر غير ممكن عند مرضى السكر.

٢ــ **التأثير غير المباشر:** ويتمثل فى أن التوتر يؤثر فى مدى التزام المريض ببرامج العلاج السلوكى. فعندما يكون مريض السكر تحت ضغط شديد أو توتر فإنه يأكل أكثر مما هو معتاد أو يأكل أطعمة بها نسبة مرتفعة من السكريات أو ينسى تناول العلاج الدوائى.

وفى دراسة لمرضى السكر من ذوى النمط II (غير المعتمد على الأنسولين) أظهر المصابين بمرض البول السكرى ارتفاع معدل الجلكوز فى الدم كاستجابة لخيالات ضاغطة تثير التوتر والتهديد بصدمة كهربية، كما وجدت أيضاً زيادة فى جلكوز الدم لدى المصابين بالبول السكرى من النمط I أثناء ممارسة لعبة فيديو تنافسية تثير التوتر (cox et al 1988) ووجدت دراسة سويدية أجريت على مرض البول السكرى من النمط (I) لدى الأطفال أن أحداث الحياة الضاغطة تزيد بشكل جوهرى معدل الخطر لنمو وتطور المرض (Haggloff et al 1991) وفى دراسة قام بها سامى الدريعى (١٩٩٦) عن الفروق بين مرضى السكر والأسوياء فى الاستجابة لضغوط الحياة فى المجتمع السعودى (تحت إشراف المؤلف) على عينة من ٦٠ فرد سعودى من الجنسين أعمارهم بين ٢٠-٥٠ سنة من مرضى السكر والأسوياء ومرضى الشكاوى العضوية وطبق عليهم مقياس ضغوط أحداث الحياة الذى أعده حسن مصطفى عن مقياس كونستانس هامن بجامعة كاليفورنيا ووجد أن مرضى السكر أكثر إدراكا لحجم ضغوط أحداث الحياة فى نواحى: العمل والدراسة، الضغوط المالية، المنزل والأسرة، الزواج، الوالدية والدرجة الكلية للضغوط، فى حين كانت الفروق بين مرض السكر والشكاوى العضوية الباطنية فى كل من ضغوط العمل والدراسة، والناحية المالية والصحية فقط. ورغم ذلك كانت الفروق فى صالح ذوى الشكاوى العضوية الذين يبدون إحساساً أقل بهذه الضغوط عن مرضى السكر. أما عن شدة الضغوط فكانت الفروق دالة إحصائياً بين مرضى السكر وكل من الأسوياء والمرضى العضويين فى ضغوط العمل والدراسة والضغوط الاقتصادية، وتشير هذه النتائج إلى أن مرضى السكر أكثر إحساساً بحجم الضغوط وشدتها من العاديين والمرضى العضويين. كما قدمت الدراسات الاكلينيكية العلاجية أدلة إضافية على وجود علاقة سببية بين التوتر

وجلكوز الدم، فمرضى السكر من ذوى النمط II الذين تم علاجهم بأسلوب الاسترخاء المستمر أظهروا انخفاضاً ملحوظاً فى جلكوز الدم كنتيجة لانخفاض مستوى الكورتيزول (Goetsch 1989).

نسبة الانتشار:

يبلغ معدل انتشار مرض السكر حوالى ٣٪ من نسبة عدد السكان، فيقدر عدد المرضى فى الولايات المتحدة بحوالى ١١ مليون أمريكى، ويشاهد المرضى فى كلا الجنسين وفى أى عمر إلا أنه أكثر حدوثاً مع تقدم السن وخاصة بين الخامسة والأربعين والخامسة والستين ولاسيما لدى البدينين، ولا ينجوا منه أى عرق أو سلالة، ويكون المرض لا عرضياً (بدون أعراض) فى حوالى ١٠-١٥٪ من الحالات، وعادة ما يتصف سير المرض بالإزمان وفى النهاية بموت المريض.

رابعاً ـ أمراض الجهاز التنفسى:

الربو الشعبى: مرض من أمراض الجهاز التنفسى يتميز بعلامات أهمها ما يعانيه المريض من لهث ونقص فى طول التنفس شهيقاً وزفيراً والسعال المستمر والإحساس بالحشرجة فى الصدر وضيق التنفس والبلغم، هذه الأعراض كلها ترجع إلى نقص فى قطر الشعب الهوائية وهى التى يمر منها الهواء إلى الرئة، هذا الضيق بدوره يرجع إلى تورم جدران الشعب أو بسبب تقلص العضلات الشعبية القابضة، وكثيراً ما تصاحب إصابات الجهاز التنفسى أعراضاً شبيهة بأعراض الربو. والحقيقة أن ضيق مجارى الهواء يعتبر من أهم الأعراض التى يشكو منها الإنسان فى حالة الإصابة بالأمراض الصدرية، وعلى الرغم من أن العوامل الممهدة تلعب دوراً حيوياً فى حدوث المرض، إلا أن القلق والضغوط وما يصاحبها من إحباط وصراع نفسى والتعرض المستمر لتوقع وتوجس الخطر أو الضرر أو العقاب أو التحقير وكلها خبرات سالبة تنتج من تفاعل الفرد مع الأخرين بطرق غير مرغوبة له، ويرى أنصار السيكوديناميه أن أكثر الضغوط التى تستثير أزمات الربو لدى المريض عدم الشعور بالأمان الناتج عن فقد السند، كما تتمثل نقص المرغوبية الاجتماعية لما يميز المريض من التواكل الواضح والصريح فى

الانفعالية فقط دون اهتماهم بالعامل الفزيقى حيث يسهم العلاج النفسى فى تحقيق تحسن واضح.

خامساً: أمراض الجهاز الهضمى:-

قرحة المعدة: عبارة عن خلل أو قطع أو التهاب فى أحد المجارى فى جدار المعدة أو الجزء العلوى من الأمعاء الدقيقة وغالباً ما تكون القرحة هادئة لا تسبب الضيق أو يشكو منها المريض ولكنها حين تلتهب ويبدأ النزيف تسبب حالة عنيفة من الضيق والألم والتوتر، ومن الشائع أن القرحة ترجع لزيادة إفراز الأحماض بالمعدة التى تكون غالباً مستعدة لأن تقاوم هذه الأحماض بما يتوفر فى جدران المعدة من أغشية مخاطية واقية، ولكن هذه الأغشية قد تتأكل فتعرض جدران المعدة لهذه الأحماض مباشرة وتلتهب خلايا جدران المعدة أو الأمعاء، وقد تصاب بقطع واضح بسبب ضعف مقاومة هذا الموقع لتأثير الأحماض (محمد غالى، ورجاء أبو علام: ١٩٧٢)، وتلع ب الضغوط النفسية والاجتماعية المولدة للتوتر والقلق والغضب المكظوم والكراهية المكبوتة دوراً فى زيادة أحماض المعدة وزيادة حركتها وخاصة أن مريض القرحة قليل الاعتماد على ذاته فى مواجهة هذه الضغوط، فإذا افتقد إلى السند وخاصة من قبل الأم أو من يقوم مقامها أصابة الإحباط واليأس ومال أكثر إلى الشراهة فى الأكل مما يزيد العبئ الملقى على المعدة ويبقى العصائر الهضمية دائمة الفعالية وتصبح إحتمالية دوام القرحة أمراً قائماً، وقد ثبت ان هناك حالات عديدة شفى فيها مرضى القرحة بالعلاج النفسى وحده.

الأسباب:

يمكن تصنيف الأسباب المؤدية لإضطرابات صحية كنتيجة لعوامل نفسية إلى نوعين من العوامل هما العوامل المهيئة والعوامل المعجلة، غير ان التعرف على دور كل منها أمراً فى غاية الصعوبة والبحث فيها يشبه البحث فى القضايا الجدلية السفسطائية كقضية البيضة والدجاجة وفيما يلى عرض لأهم هذه الأسباب.

أولاً ــ الضغوط النفسية

استعار الباحثون فى مجال العلوم الاجتماعية مصطلح الضغط أو الإجهاد أو الشدة stress من مجال علم الفيزياء حيث يعبر عن القوة التى تقع على سطح من السطوح أو جسم من الأجسام cox 1982، ويعبر البعض عنه فى مجال الصحة النفسية بالانعصاب، وحياة الإنسان منذ أن بدأت على هذه الأرض هى حياة مكابدة ومشقة لا تفتأ تخلو من الضغوط وإن تعددت مصادرها وتباينت شدتها، وقد أكدت الدراسات بما لا يدع مجالاً للشك أن الأفراد الذين يتعرضون لتوتر نفسى شديد وقاس يكونوا أقل صحياً وتتطور لديهم العديد من الأمراض الجسمية مقارنة بنظرائهم من الأشخاص الأقل توتراً. وأشارت الدلائل المستمدة من مصادر مختلفة وعديدة أن التوتر عامل خطر يسبب المرض، ويعد عامل الخطر خاصية مميزة تزيد من احتمالية إصابة الفرد بالمرضى حتى لو كان سبب التعرض للخطر غير واضح (غامض)، غير أن جنكنز jenkins 1978 لا يقبل هذا القول على إطلاقه ويحدد قائمة من المحكات التقويمية لتقدير صدق الارتباط بين عوامل الخطر والنتائج المرضية وتشمل:ــ

١- قوة الاقتران بين المنبأ والطوارئ المرضية (معدل الخطر النسبى).

٢- الاتساق أو الاتفاق المستمر على الارتباط فى عدة دراسات ومواقع.

٣- التنبؤ المسبق بالعائد المتوقع.

٤- وجود ارتباط نوعى بين عامل الخطر والعائد الفردى.

٥- وجود ميل بيولوجى بدرجة كبرى من العامل الخطر يرتبط باحتمالية عالية للمرض أو نسبة مرتفعة لانتشاره.

٦- الترابط المنطقى بين النتائج والمعرفة السابقة (المبكرة) حول العوامل المتوقعة والناتجة.

٧- التقبل والمعقولية البيولوجية للنتائج الملاحظة وتضميناتها.

٨- أدلة تجريبية سواء على الإنسان أو الحيوان تؤكد أن النتائج البيولوجية كانت نتيجة عوامل نفسية، فى وجود إجراءات ضبط واضحة وجيدة. (Adams& sutker, 1984)

ويرى كوكس ١٩٨٢ أن العلماء تعاملوا منهجياً مع الضغوط من ثلاث اتجاهات هى: نموذج المثير، نموذج الاستجابة، والنموذج التكاملى (المثير/ الاستجابة):ـ

١ـ نموذج المثير: ويصف الضغط فى صورة مثير يتمثل فى خصائص تلك البيئات المضايقة أو المزعجة، ومن ثم فإن هذا النموذج ينظر إلى الضغط كعامل مستقل، فالأحداث والظروف البيئية التى تؤثر علينا أو على البعض منا بطريقة واحدة يختلف تأثيرها من شخص لأخر. ويمكن القول أن هذا النموذج ذو طابع هندسى حيث تؤدى الضغوط الخارجية إلى رد فعل الانضغاط أو الشدة داخل الفرد. وقد قام فيتز Weitz 1970 بمحاولة لمراجعة وتصنيف الأنواع المختلفة للمواقف التى اعتبرت ضاغطة من البحوث التى إجريت فى هذا الصدد ووصف ثمانية مواقف تشمل على: الحاجة إلى سرعة تشغيل المعلومات، والمثيرات المضايقة فى البيئة، والتهديد المدرك، وإضطراب الأداء الفسيولوجى (ربما نتيجة للمرض أو العقاقير أو عدم النوم)، والعزلة، والقيد، والعجز أو الإعاقة، وضغط الجماعة والإحباط. فى حين صنفها كوهين وأخرون Cohen et al 1982 من حيث الشدة والإزمان إلى أربعة فئات رئيسية هى:ـ

١- ضغوط حادة وشديدة مثل انتظار عملية جراحية.

٢- سلسلة أو نتائج حدث ضاغط ينتج عن أحداث معينة مثل الطلاق أو موت الزوج.

٣- ضغوط مزمنة (مستمرة) كالبطالة.

٤- ضغوط مستمرة أو مزمنة ولكنها متقطعة مثل الاتصال الأسبوعى بأفراد الأسرة الذين يسببوا صراعاً أو تهديداً مُدركاً.

وقد حاول الباحثون قياس التوتر عن طريق تحديد أحداث الحياة الضاغطة بأدوات مثل مقياس هولمز وراه Holmes& Rahe 1967 او مقياس هامن الذى قننه حسن مصطفى ١٩٩١ فى البيئة العربية، وفى الدراسات التى أجريت خصيصاً لهذا الغرض طُلب من المفحوصين تذكر أحداث الحياة الرئيسية التى حدثت لهم خلال فترة زمنية معينة (عام مثلاً) ويتم تقدير كل حدث من أحداث

الحياة ومقارنته بالحدث الأخر، ومجموع الدرجات التى يأخذها الفرد تمثل درجة التوتر الذى يتعرض له، ويفترض هنا أن أحداث الحياة الايجابية كالزواج والترقية وانجاب الأطفال تسبب التوتر ولكن ليس بنفس درجة الأحداث السالبة كموت عزيز أو الطلاق أو الفصل من العمل، ولكن الهدف إبراز أن أى تغير فى روتين الحياة العادية أو الطبيعية يعد أمراً يثير التوتر.

وعلى الرغم من أن قياس أحداث الحياة الهامة بهذه الطريقة تزيد من معرفتنا للعلاقة الإرتباطية بين التوتر والأعراض المرضية، ولكن من الصعب غالباً تفسير هذه العلاقة الإرتباطية بسبب العديد من المشكلات:

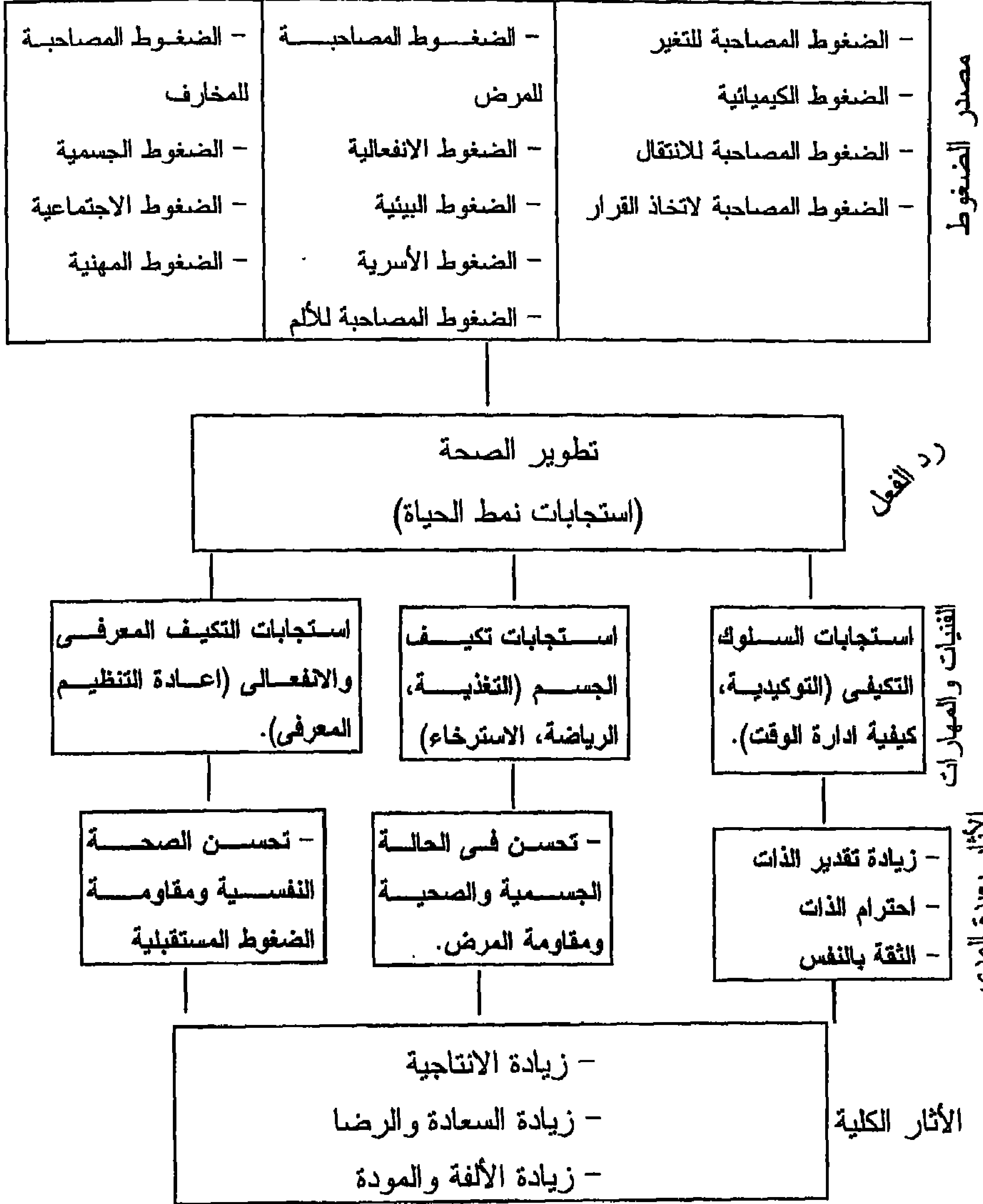
المشكلة الأولى: تتمثل فى أنه ليس كل أحداث الحياة الضاغطة من المحتمل تضمينها فى المقاييس المختلفة لأحداث الحياة فمثلاً بعض الضغوط الشديدة المتعلقة بصراع هوية النوع (الجنس) لا تقاس ضمن أحداث الحياة الضاغطة على الرغم من أنها ترتبط بشكل مؤكد بالصحة، علاوة على ذلك فإن أحداث الحياة الثانوية اليومية الضاغطة أو المشاحنات الهامشية ترتبط أيضاً بالصحة.

المشكلة الثانية: أنه من الصعب معرفة ما إذا كان حدوث أو ظهور أحداث الحياة الضاغطة مثل الطلاق سبب أم نتيجة للمرض.

المشكلة الثالثة: أنه ليس كل الأشخاص الذين يتعرضون لنفس الحدث الضاغط يستجيبون بشكل مماثل، فالأفراد يشعرون بطرق مختلفة حول حدث كالطلاق، فقد يكون صدمة للبعض ومصدر رضا للبعض الأخر كما يعانى الكثير من أحداث الحياة السلبية بدون أن يصبحو مرضى فى النهاية وهذه المشكلات تتطلب أسلوب ومنهج مختلف لقياس التوتر.

ومن أوضح النماذج التى تنظر للضغوط على أنها مثير نموذج تشارلزورث وناثان Charlesworth& Nathan 1984 الذى حدد دورتين للضغوط هما دورة الضيق والانزعاج ودورة التوافق والصحة النفسية وفقاً لما يترتب على هذه الضغوط من ردود أفعال وفى ضوء عدم قدرة الفرد أو قدرته على تحمل هذه الضغوط ويوضح شكل (٥أ ، ب) هذا النموذج (عن: مايسه النيال، وهشام عبد الله: ١٩٩٧)

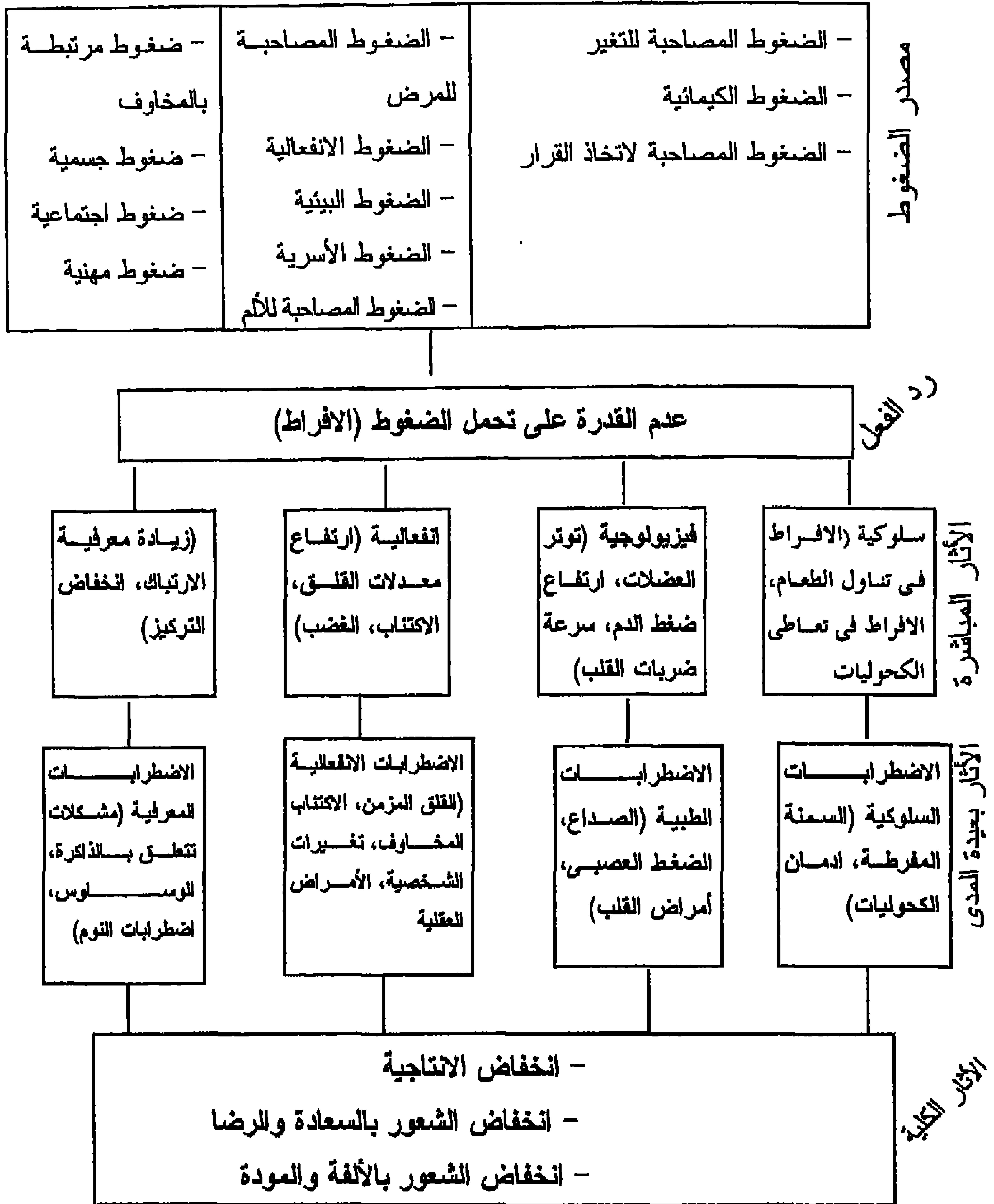
١ـ دورة التوافق والصحة النفسية



شكل (٥أ) دورة التوافق والصحة النفسية

(Charlesworth & Nathan, 1984)

٢ـ دورة الضيق والانزعاج



شكل (٥ ب) دورة الضيق والانزعاج

٢ـ نموذج الاستجابة Response modele

هذا الاتجاه ينظر إلى الضغط فى صورة استجابة لأحداث مثيرة من البيئة، ويكون الاهتمام منصب على تحديد الاستجابة المحددة أو نمط الاستجابات التى يمكن النظر اليها كدليل على أن الشخص يقع فعلاً أو كان يقع تحت ضغط من بيئة مضايقة، وفى هذه الحالة نتعامل مع الاستجابة أو نمط الاستجابات فيُنظر إليها على أنها الضغط أو على الأقل تمثل الحدوث المتأنى (المترافق) للضغط. وفى الدراسات التى تنحو هذه الوجهة فإن الضغط يُنظر اليه على أنه المتغير التابع وأنه يمثل الاستجابة للعامل الضاغط وهذه الاستجابة قد تعمل مرة أخرى لعامل منبه لانتاج مزيد من الاستجابات.

ولعل عالم الغدد الصماء هانز سيلى Selye 1956 هو أول من حاول وضع نموذج يمثل وجهة نظره حول ردود الفعل الإنضغاطية، وعرف الضغوط النفسية بأنها الاستجابة الفسيولوجية غير المحددة التى يستجيب بها الجسم تجاه أى مطلب يقع عليه ويمكن تلخيص نموذج سيلى فى ثلاث نقاط أساسية (محمد محروس الشناوى، محمد السيد ١٩٩٤)

١ـ أنه قد أعتقد أن الاستجابة الفسيولوجية للضغط لا تعتمد على طبيعة الضاغط (المثير لهذه الاستجابة) كما أنها لا تختلف باختلاف النوع فهى ذات نمط عام من ردود الفعل الدفاعية Defense reactions التى تعمل على وقاية الإنسان (أو الحيوان) والمحافظة على وحدته، وبذلك لا يهم هنا نوع الحادث أو المثير الضاغط كما أن ردود الفعل غير المحددة واحدة لكل الكائنات الحية.

٢ـ يعتقد سيلى أن رد الفعل الدفاعى يمضى ويزداد مع التعرض المؤقت أو المتكرر للحدث الضاغط عبر ثلاث مراحل وتمثل هذه المراحل مع بعضها زملة عامة للتكيف General adaption Syndrome وهى:ـ

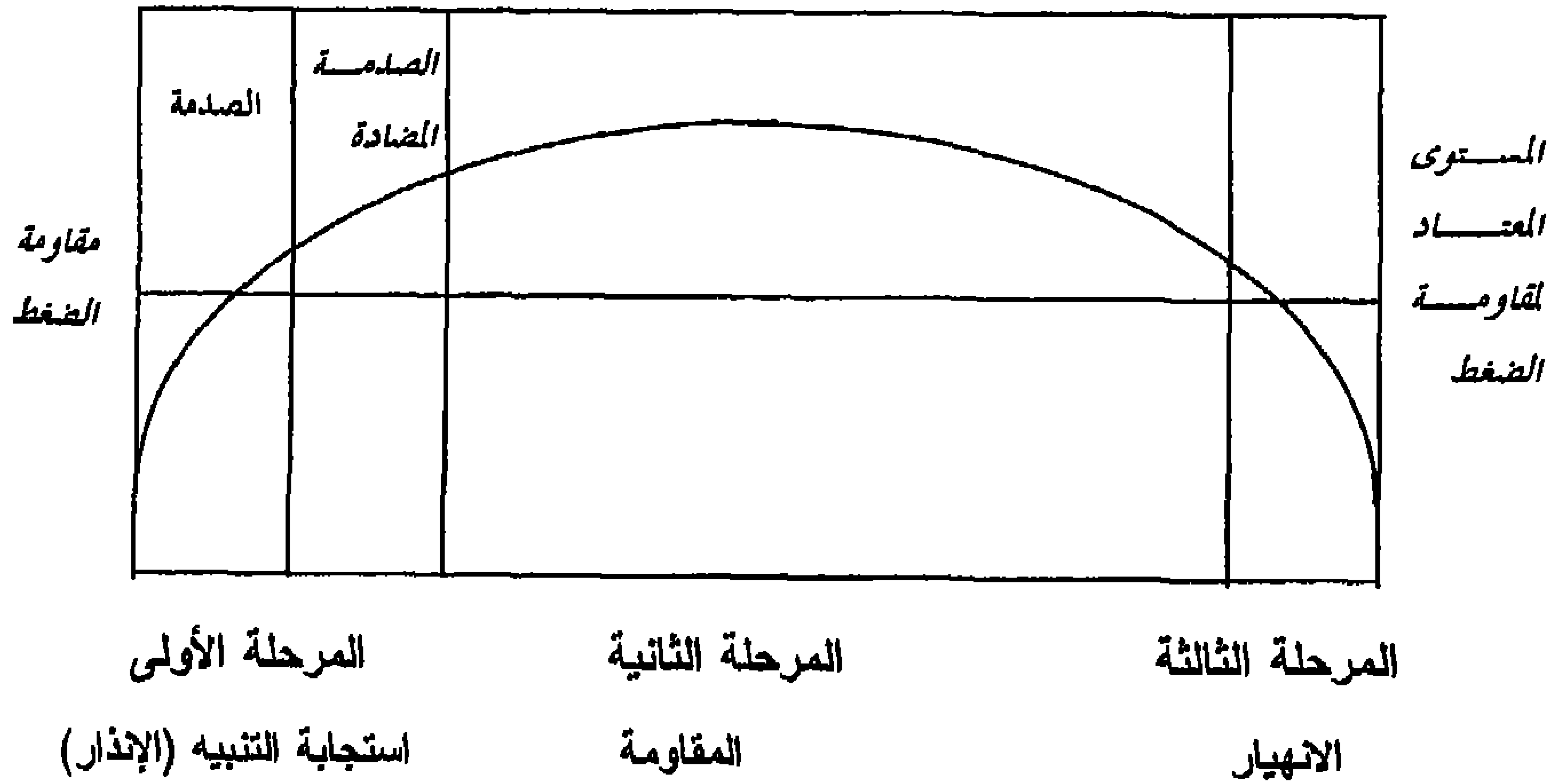
أ ـ استجابة الإنذار أو التنبيه Alarm: وفيها يتم إثارة الجهاز العصبى المستقل والجهاز الغدى، ويظهر الجسم تغيرات مميزة للتعرض المبدئى للضاغط

وفى نفس الوقت ينخفض مستوى المقاومة، وإذا كان الضاغط من الشدة بدرجة كافية فإن المقاومة تنهار وتحدث الوفاة.

ب ــ المقاومة Resistance: وفيها يحاول الجسم التكيف مع المطالب الفسيولوجية التى تقع على كاهله، وعادة ما تظهر هذه المرحلة إذا كان التعرض المستمر للضاغط متسقاً مع التكيف، وتختفى التغيرات البدنية المميزة لمرحلة الإنذار ويحل محلها التغيرات المميزة لتكيف الفرد أو الكائن مع الموقف وتزداد المقاومة عن المعتاد.

جـ ــ الإنهاك Exhaustion: حيث تنهك الطاقة اللازمة للتكيف ويحدث الانهيار النهائى ويعانى الجسد من تلف أو دمار لا يمكن إبطاله بعد التعرض لفترة طويلة لمثير ضاغط، وقد تظهر علامات استجابة الإنذار من جديد بينما يموت الشخص أو الكائن (شكل: ٥جـ).

٣ــ إذا كانت الاستجابة الدفاعية ذاتها شديدة وامتدت لفترة طويلة ينتج عنها حالات مرضية يطلق عليها سيلى أمراض التكيف Diseses of adaptation، ويعتبر المرض فى هذه الحالة ثمناً للدفاع ضد العوامل الضاغطة ويحدث ذلك عندما يزيد الدفاع عن الإمكانات الخاصة بالجهاز الفزيولوجى أو عندما يكون الدفاع لدرجة عالية جداً.



شكل (٥ جـ) نموذج سيليه (زملة التكيف العام)

الأساس البيولوجي للتوتر في ضوء نموذج الاستجابة:ـــ

ينتظم الجهاز العصبي الإنساني في شكل هرمي يضم مكونات مختلفة، ويقع المخ في قمة الشكل الهرمي، ويتحكم جزئين من أجزاء المخ في عواطفنا وانفعالاتنا ودوافعنا هما الهيبوتلاموس (المهيد) والجهاز الطرفي Limbic system. حيث يؤثر الهيبوتلاموس على الجهاز العصبي المستقل وجهاز الغدد الصماء. ويقوم الجهاز السيمبتاوي (أحد مكونات الجهاز العصبي المستقل) بتنشيط الأعضاء الهامة مثل القلب والأوعية الدموية والمعدة وغدد عديدة مثل الغدة الكظرية، وكاستجابة للانفعال أو التوتر يحشد الجهاز العصبي المستقل موارد الجسم للطوارئ بزيادة معدل ضربات القلب ومعدل التنفس ومعدل حرق السكر في الدم وتصبب العرق وغيرها.

أما جهاز الغدد الصماء فيتكون من الغدد التي تفرز هرموناتها إلى الدم مباشرة وتسمح هذه الهرمونات للمخ بإرسال الرسائل الكيميائية لأجزاء مختلفة من الجسم بالإضافة إلى السيالات العصبية المباشرة، ويعد الهيبوتلاموس المركز العصبي الذي يتحكم في الغدة النخامية التي تسيطر بدورها على بقية الغدد الصماء، فالتأثير على الغدد الصماء يبدأ من الهيبوتلاموس كما يوضح ذلك الشكل التالي.

أى حدث يتم إدراكه على أنه مُهدد أو مصدر للتوتر

بواسطة المخ الذى يقدح زناد استجابة التوتر

إفراز هرمون الكورتيكورتيزول

* يزيد من استقلاب البروتين والدهون

* يزيد من حرية الوصول إلى الطاقة المخزونة

* ينقص من احتراق الطاقة.

قشرة المخ والجهاز الطرفى

الهيبوتلاموس

هرمون الكورتيكوترفين عامل إطلاق الطاقة

النخامية

الهرمون المنشط للغدة الكظرية

قشرة ولب الغدة الادرينالية

المجموعة السيمبتاوية

إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين

* زيادة استجابة الجهاز الدورى (ضغط الدم الشريانى، معدل ضربات القلب، قوة رد الفعل المضاد).

* زيادة التنفس

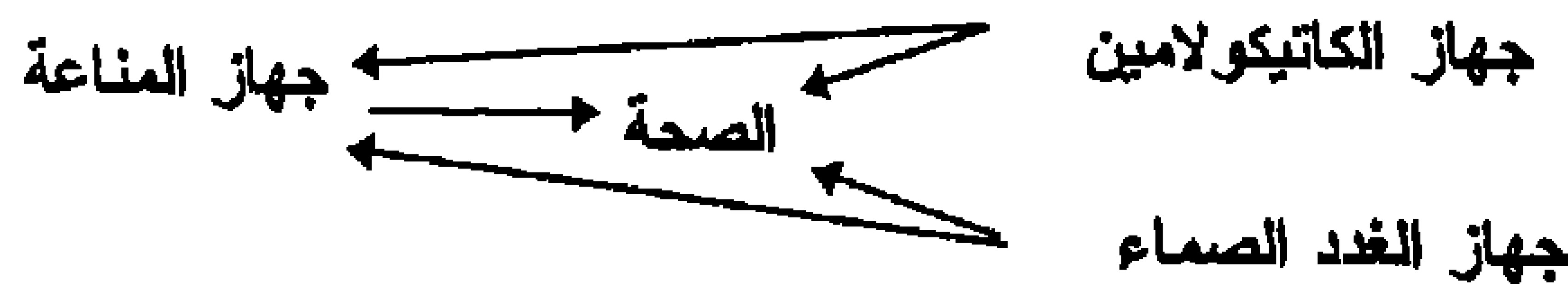
* زيادة تصبيب العرق

* زيادة تدفق الدم إلى العضلات النشطة (ونقص إفرازه فى الأجزاء التى لا تحتاجه)

* زيادة توتر العضلات

* زيادة النشاط العقلى

هكذا ويمكن اختزال النموذج السابق فى الأجهزة الأتية المؤثرة على الصحة طبقاً للشكل الأتى



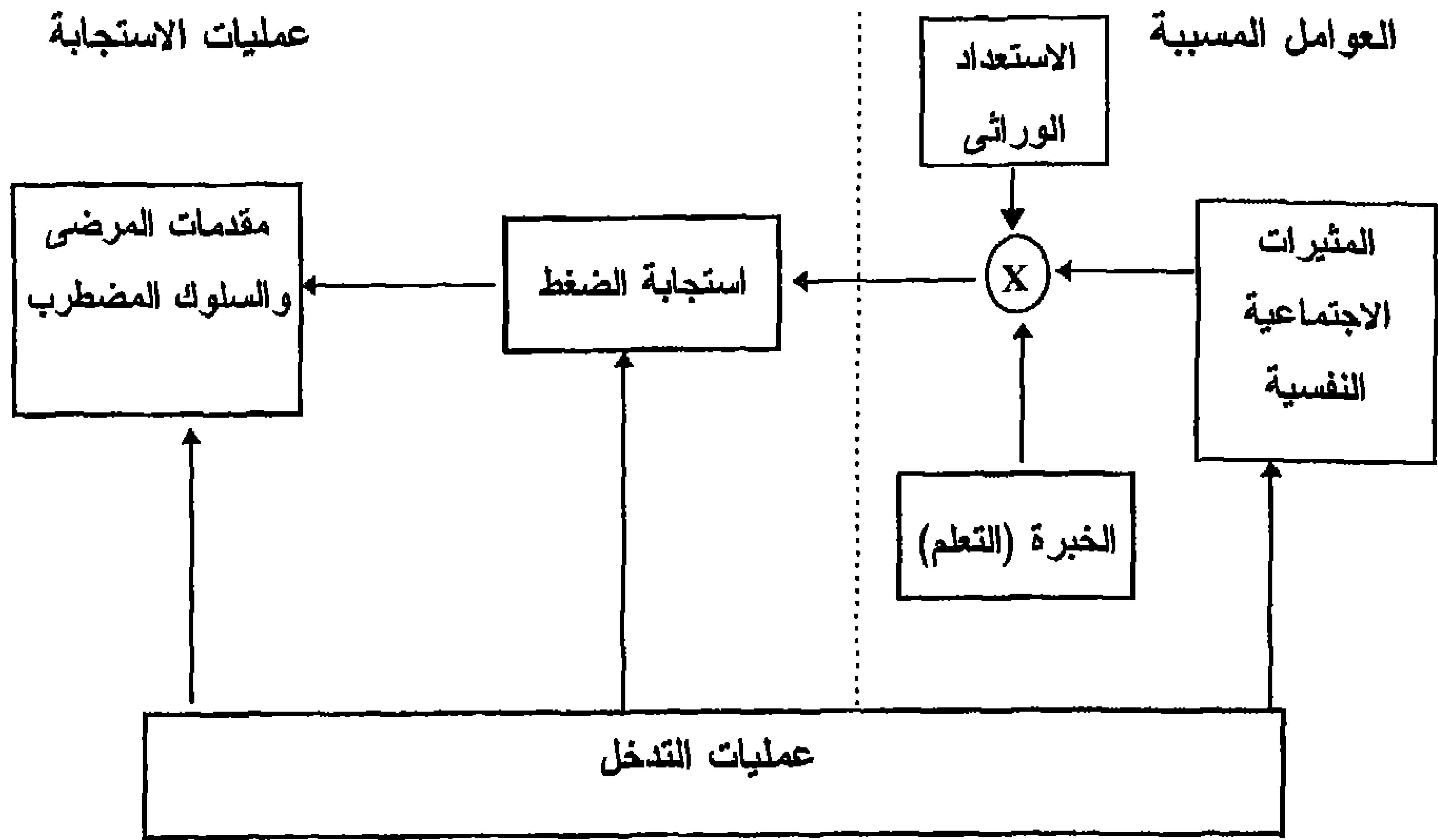
حيث يقوم الهيبوتلاموس بافراز الهرمون المحرر للكورتيكوتروفين الذى يثير الغدة النخامية ويعملا معاً (الهيبوتلاموس والغدة النخامية) على التحكم فى الاستجابة

الانفعالية والجوع والعطش والهضم والسلوك الجنسى، وتنشط الغدة النخامية بدورها الغدة الأدرينالية من خلال إفرازها لهرمون الادرينوكورتيكورتفين ACTH.

ـ الغدة الأدرينالية التى تستثار أيضاً من قبل الجهاز العصبى المستقل وتتكون من جزئين هما اللب (النخاع)، والقشرة، وفى استجابة للتوترات تفرز القشرة هرموناتها وهى الكورتيزون والكورتيزول، أما اللب فيفرز هرمونى الأدرينالين والنورأدرينالين أو ما يعرف بمجموعة الكاتيكولامين ويوضح الشكل السابق وظائف هذه الهرمونات. كما تؤثر هذه الهرمونات على المخ فى صورة من الصور المعقدة للتغذية المرتدة.

أما الجزء الثانى من المخ المشارك فى تنظيم الدوافع والانفعالات فهو الجهاز الطرفى. ويقع الجهاز الطرفى أسفل مقدمة المخ وأحد مكوناته هو حصان البحر Hippocampus ويتكون من نمط معدل من لحاء المخ قد انثنى إلى الأمام ليشكل السطح البطنى للقرن الأصغر من البطين الجبهى، ورغم أن الوظائف الكلية لحصان البحر غير معروفة تماماً إلا أنه يلعب دوراً هاماً فى الذاكرة وفى استجابات انفعالية مثل الغضب، وأنماط مختلفة من الظواهر الجنسية، ويستجيب حصان البحر لهرمونات الكورتيزون والكورتيزول اللذان يفرزان من لحاء الغدة الكظرية، وتساعد التغذية الراجعة لهذين الهرمونين حصان البحر على تجنب استجابة التوتر.

وربما يوضح النموذج الأتى (عن كوكس Cox 1982) استجابة الضغط لعدد من المثيرات الاجتماعية والنفسية والاستعداد الوراثى والتدخل والتعلم أو الخبرة.



شكل (٥ د) نموذج تفسير الإضطراب البدنى كاستجابة

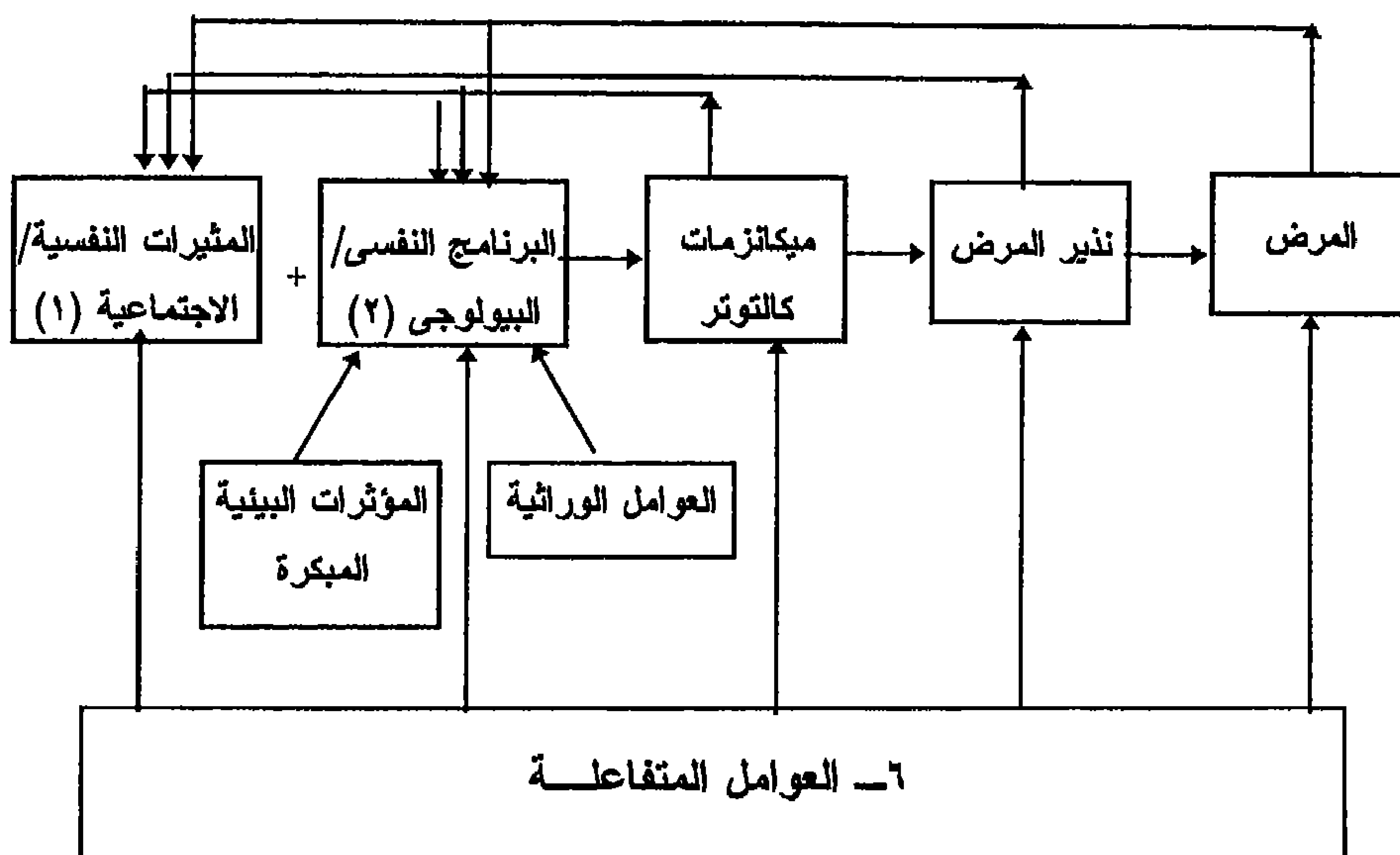
٣ـ النموذج التكاملى أو التفاعلى (البيولوجى/ النفسى/ الاجتماعى):ـ

ويحاول هذا الاتجاه التغلب على النظريات الألية للضغوط التى اعتبرتها فى صورة استجابات كنموذج سيلى أو أعتبرتها فى صورة مثيرات مثل نموذج ويلفورد التى أهملت دور الفرد واعتبرته دوراً سلبياً بالنسبة للضغوط، ونتيجة لاستبعاد العمليات النفسية الوسيطة، فإن تلك النماذج تواجه صعوبة فى التعامل مع الفروق الفردية، وتصبح غير ملائمة لانها تهمل الدور الايجابى للفرد فى حدوث الانضغاط، كما تخفق فى أن تأخذ فى اعتبارها الجانب الأيكولوجى المتصل بعلاقة الإنسان ببيئته. ولم تعد وجهة نظر سيلى ١٩٥٦ فى اعتبار التوتر كاستجابة موحدة متكاملة لمثيرات متنوعة ومحددة أمراً مقبولاً على إطلاقه. فأحداث الحياة السلبية (كالطلاق مثلاً) لها نتائج وأثار نفسية وفسيولوجية وتعد منبئات أفضل للمرض مقارنة بإحداث الحياة الايجابية، وتبين الأدلة أن الأفراد المختلفين يستجيبون بشكل مختلف لنفس المثير السلبى أو الحدث الضاغط، وأصبح من المقبول جداً الإيمان بأن عدداً من الظروف والعمليات البيولوجية والنفسية/ الاجتماعية تحدد أو تؤثر فى الكيفية التى يستجيب بها شخص ما لحدث ضاغط أو مثير. ومن هنا ظهر الاتجاه الثالث أو التفاعلى فى دراسة تأثير الضغوط حيث يرى أن الضغط ينشأ من

خلال علاقة خاصة بين الفرد وبيئته وتبقى المشكلة فى تحديد هذه العلاقة. وفيما يلى عرض لبعض النماذج الموضحة لهذا الاتجاه.

١ـ نموذج ليفى Levi (١٩٧١).

حيث وضع ليفى نموذجاً يفترض فيه أن العوامل النفسية/ الاجتماعية تلعب دوراً وسيطاً فى العلاقة مع المرض العضوى. حيث يرى أن أى تغيرات نفسية/ إجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، وترتطم هذه المثيرات فى فرد ما مع البرنامج السيكوبيولوجى المسبق له أو مع نزوعه وميله للاستجابة العصبية والهرمونية وفقاً لنمط معين، ويعد هذا النزوع داله لكل من العوامل الوراثية والمؤثرات البيئية المبكرة. وتهيئ هذه الاستجابة الكائن العضوى لبعض أنماط النشاط الجسمى كالكر أو الفر fight or flight أى المواجهة أو الهرب فى المواقف المختلفة، ومن ثم تؤثر استجابة التوتر غير المحددة هذه كنذير للمرض أو اختلال فى النظام النفسى الفسيولوجى لا يرقى بعد إلى درجة العجز، حيث يعرف المرض بأنه عجز أو فشل فى النظام النفسى أو الجسمى على القيام بمهام ضرورية. كما افترض ليفى أن وجود العوامل المتداخلة سواء كانت جوهرية أو عرضية يمكن أن تيسر أو تعسر حدوث المرض



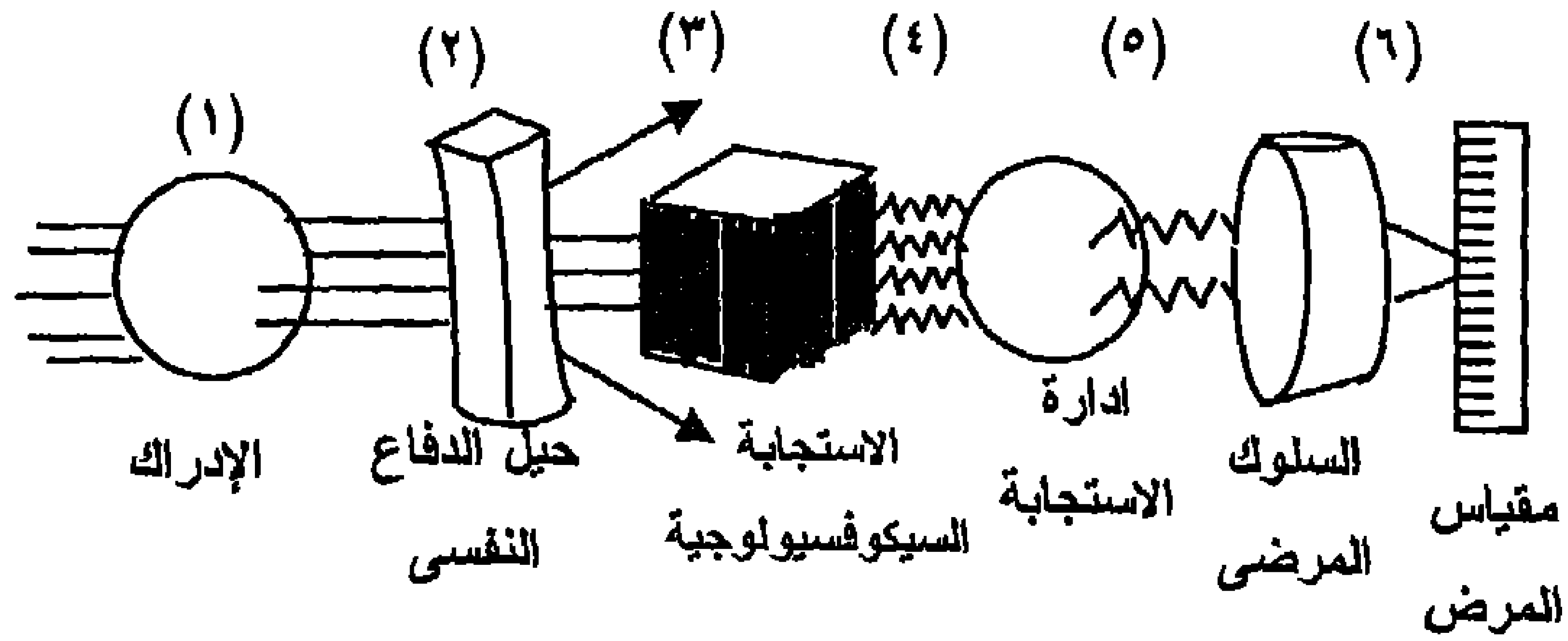
شكل (٥هـ) نموذج ليفى (١٩٧١) لتفاعل العوامل النفسية والبيولوجية فى المرض العضوى

نموذج راه وأرثر (١٩٧٨) Rahe& Arther

انتقد راه وأرثر نموذج ليفى من زواية معرفية مفترضين أن تأثير تغيرات الحياة الراهنة أو مواقف الحياة تتأثر بالجهاز الإدراكى للفرد، والذى يتأثر هو الأخر بالمستوى الراهن لدى الفرد من المساندة الإجتماعية، وإمكاناته الذاتية ـ ومعوقاته، والتى تعد هى الأخرى دالة لخبراته الماضية (كموت أحد الوالدين، والتنشئة الدينية، والمواقف المالية)، حيث يحتمل أن تكون الإمكانات الذاتية نتيجة للمؤثرات الايجابية ضمن خبرات الحياة المبكرة، أما المعوقات فقد تكون نتيجة للخبرات الحياتية السالبة، وتمثل هذه الخطوة الأولى أما الخطوة الثانية فى النموذج فتشمل الميكانزمات الدفاعية للأنا حيث يفترضا أن هناك ميكانزمات دفاعية معينة ترتبط بخفض الإستثارة الفسيولوجية، ومن ثم تقلل من احتمالية حدوث المرض ويؤيد لازورس وجهة النظر هذه.

وتشمل الخطوة الثالثة نمط الاستجابة السيكوفسيولوجية لأحداث الحياة، وقد قسما هذه الاستجابة إلى فئتين هما: الاستجابة المرتبطة بالوعى مثل تصبب العرق والألم وتوتر العضلات، والاستجابة بدون وعى (أى التى لا يكون الفرد على وعى بها) مثل زيادة مستوى الليبيدات، والزيادة الخفيفة أو المتوسطة فى ضغط الدم، ويمكن لهذه الاستجابة أن تؤجل أو تعجل أو تنشط، والخطوة الرابعة فى النموذج ترتبط بالاستراتيجيات التى يستخدمها الفرد فى خفض نمط الاستجابة السيكوفسيولوجية، ويعتمد استخدام الفرد لهذه الاستراتيجيات على وعيه بتعقد الاستجابة السيكوفسيولوجية وإدراكه أنها تمثل خطر يهدد صحته، وتتضمن هذه الاستراتيجيات العديد من المداخل فتشمل فنيات الاسترخاء، والتمرينات الجسمية الرياضية، والعلاجات الطبية، وفنيات المواجهة المعرفية مثل التقليل من قيمة الحدث Minimalization، الانشغال عنه distraction، تجنبه، أو الوعى الانتقائى. وإذا لم تنجح تدابير الاستجابة تماما فى التخلص من الأعراض الجسمية تظهر الخطوة الخامسة وفى هذه المرحلة يدير الفرد انتباهه إلى الأعراض الجسمية باحثاً عن الرعاية أو العلاج الطبى وربما يتطور لديه سلوك الدور المرضى Sick-role

behavior مثل التغيب عن العمل والراحة فى السرير، والاعتماد على تعاطى الأدوية أما الخطوة السادسة فتمثل التشخيص الطبى فعلياً،



شكل (٥ و) نموذج راه وأرثر ١٩٧٨

ويرى راه وأرثر أن اختبار هذا النموذج يحتاج إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين الخطوات والمراحل.

٣ـ نموذج شوارتز ١٩٧٧ Schwartz

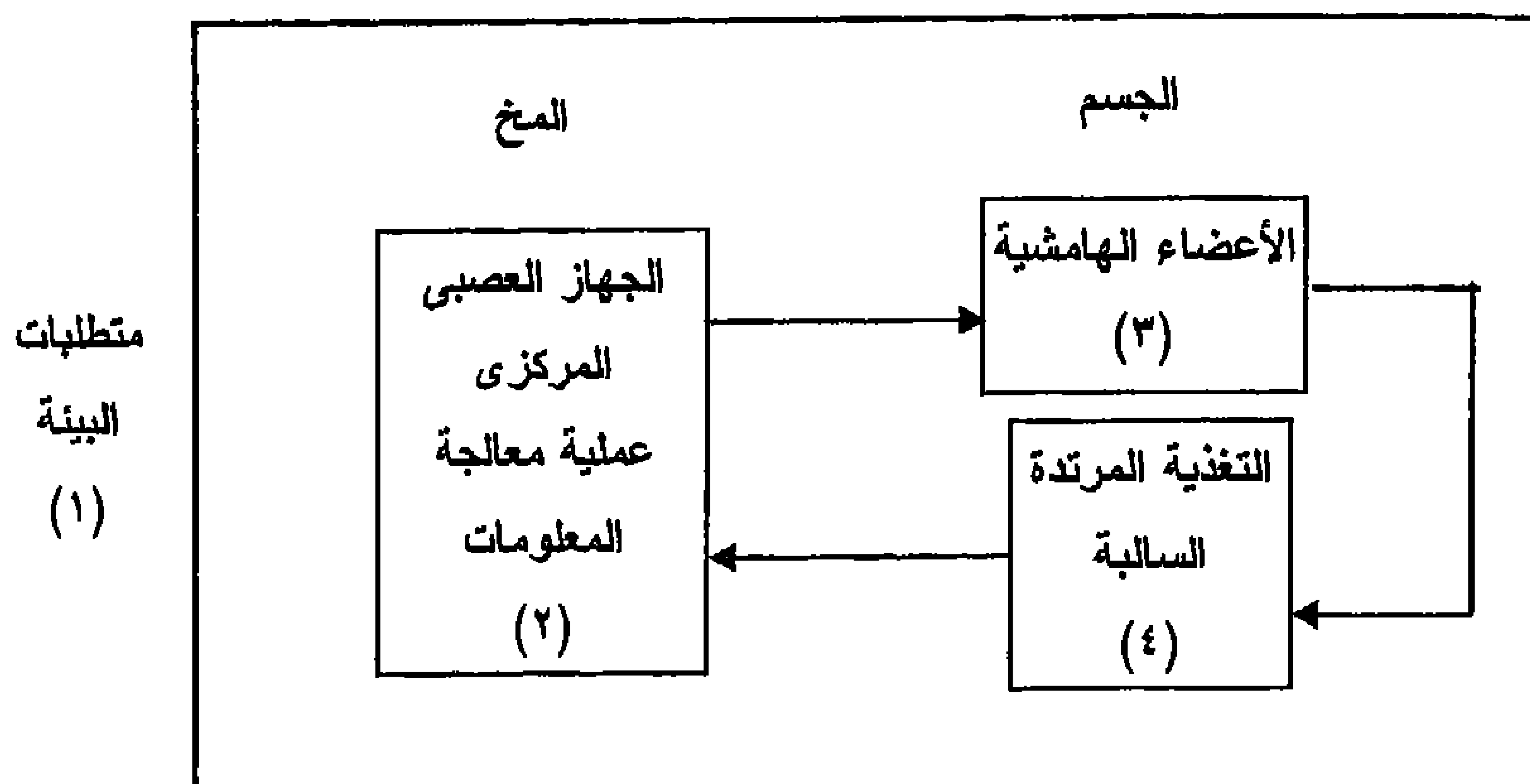
وضع شوارتز نموذجاً سلوكياً بيولوجياً يشرح من خلاله تأثير العوامل النفسية على الصحة والمرض، ويشمل النموذج على المكونات الثانوية الموضحة فى الشكل (٥ ز) وهى:ـ

١- المطالب البيئية أو المثيرات المدخلة.

٢- نظام معالجة المعلومات

٣- مخرجات فى شكل استجابات سلوكية، وذاتية (تلقائية)، وهرمونية.

٤- عروة التغذية المرتدة السلبية.



شكل (٥ ز) نموذج شوارتز ١٩٧٧

وطبقاً لرأى شوارتز فإن البيئة تضع مطالب على الفرد فيختار الجهاز العصبى الوظائف الضرورية لمواجهة هذه المطالب بناءً على طبيعة هذه المطالب أو الضغوط، حيث تظهر استجابات جسمية محددة نتيجة استثارتها بينما تكف استجابات أخرى. وتقوم التغذية المرتدة السالبة بإعادة التوازن المفقود حيث تجبر المخ على تعديل توجيهاته لمساعدة الأجهزة المبتلية، وقد تقود هذه التغذية السالبة إلى خبرة الشعور بالألم.

٤ـ نموذج كوكس ـ ماكاى Cox& Mockay

ويعرف بنموذج كوكس وماكاى للتحويل بين الانسان والبيئة، ويقترح واضعوه أنه يمكن وصف الضغط كجزء من منظومة معقدة وديناميـة من التحويلات (التعاملات Transactions) بين الشخص وبيئته. ويقدم هذا النموذج وصفاً انتقائياً لمنظومة الضغط فهو يجمع بين النظر للضغط على أنه مثير، وتلك التى تنظر له عن أنه استجابه، ولكنه مع ذلك يركز على الطبيعة الايكولوجية والتعاملية للظاهرة. ويشتمل النموذج على خمس مراحل تكون فيما بينها علاقة تغذية راجعة، فالمنظومة الموصوفة منظومة دائرية أكثر من كونها منظومة خطية. والمراحل الخمسة هى:

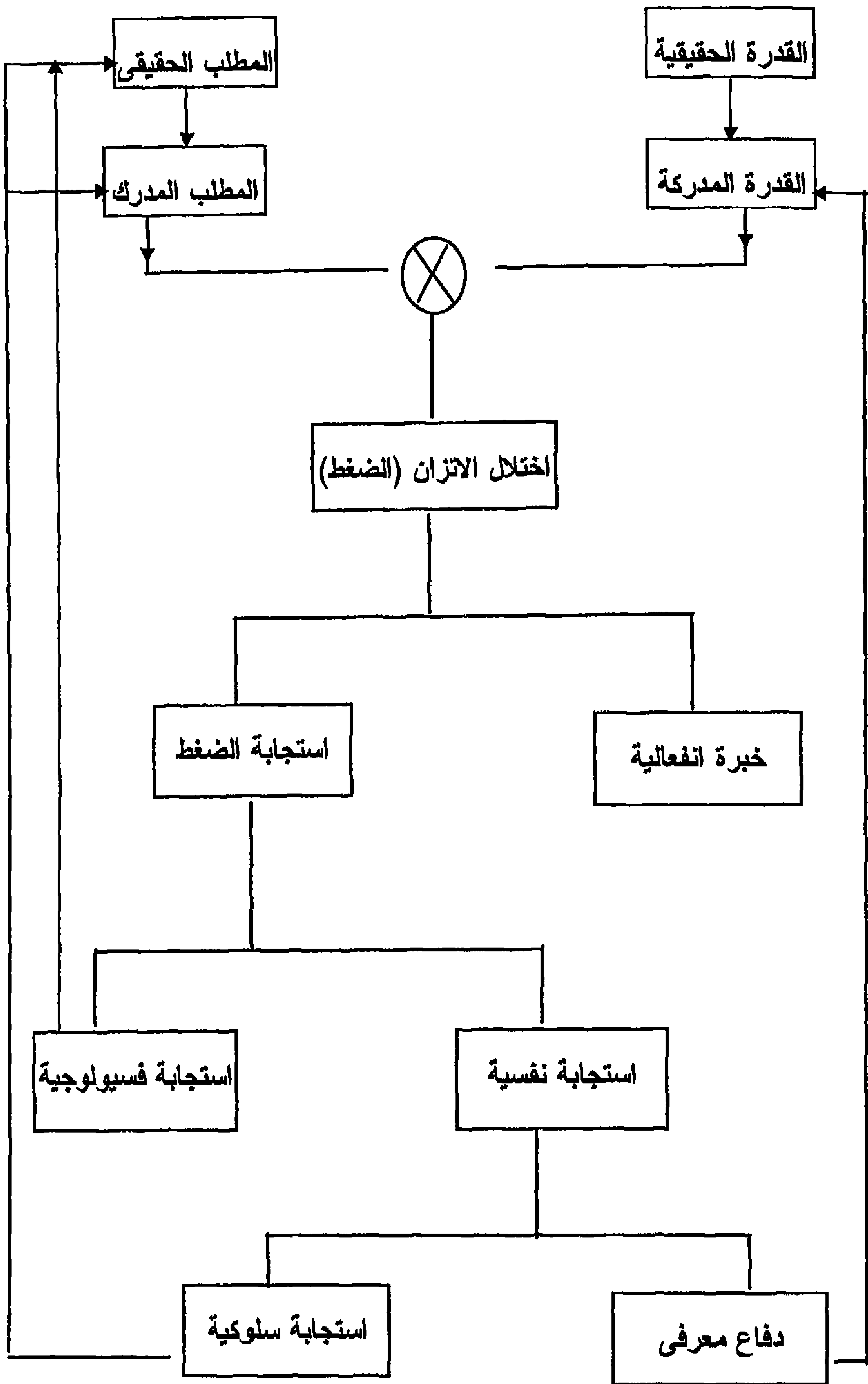
١- مصادر المطلب المرتبطة بالشخص التى تعتبر جزء من بيئته، وقد تكون المطالب داخلية (نفسية وفزيولوجية) أو خارجية ويسهم عدم التوازن بين المطلب المدرك والمطلب الحقيقى دوراً فى حدوث الضغط.

٢- ادراك الشخص للمطالب وقدرته على التعامل معها ويحدث الضغط عندما يفقد الفرد توازنه وقدرته على التوفيق بين المطلب المدرك وإمكاناته وقدراته المدركة حيث يمثل ذلك الجانب المعرفى فى هذه العلاقة.

٣- مرحلة الاستجابة الفسيولوجية للضغط التى ينظر لها البعض على أنها نقطة نهاية (أصحاب نموذج الاستجابة) غير أن كوكس وماكاى يرونها ضمن منظومة أكبر فى أساليب التعامل المتاحة للفرد.

٤- وتهتم هذه المرحلة بنتائج الاستجابة الخاصة بالتعامل والمواجهة.

٥- مرحلة التغذية الراجعة، ورغم أنها تحدث فى كل المراحل الأخرى فى المنظومة فهى أيضاً تسهم فى تشكيل النتيجة (المخرج) عند كل مرحلة من المراحل. ومن أوضح الأمثلة للتغذية الراجعة أن الأشخاص الذين يصابون بحروق يتولد لديهم مستويات عالية من الجلكوز فى الدم كاستجابة لخبرة الضغط، ويؤدى استمرار هذه المستويات المرتفعة لفترة من الزمن إلى إتلاف الآلية المنظمة للسكر فى الدم. ونتيجة لذلك فإن الشخص الذى يقع ضحية للحروق الشديدة يمكن أن يصبح مصاباً بالسكر.



شكل (٥ح) نموذج كوكس وماكاى للضغط

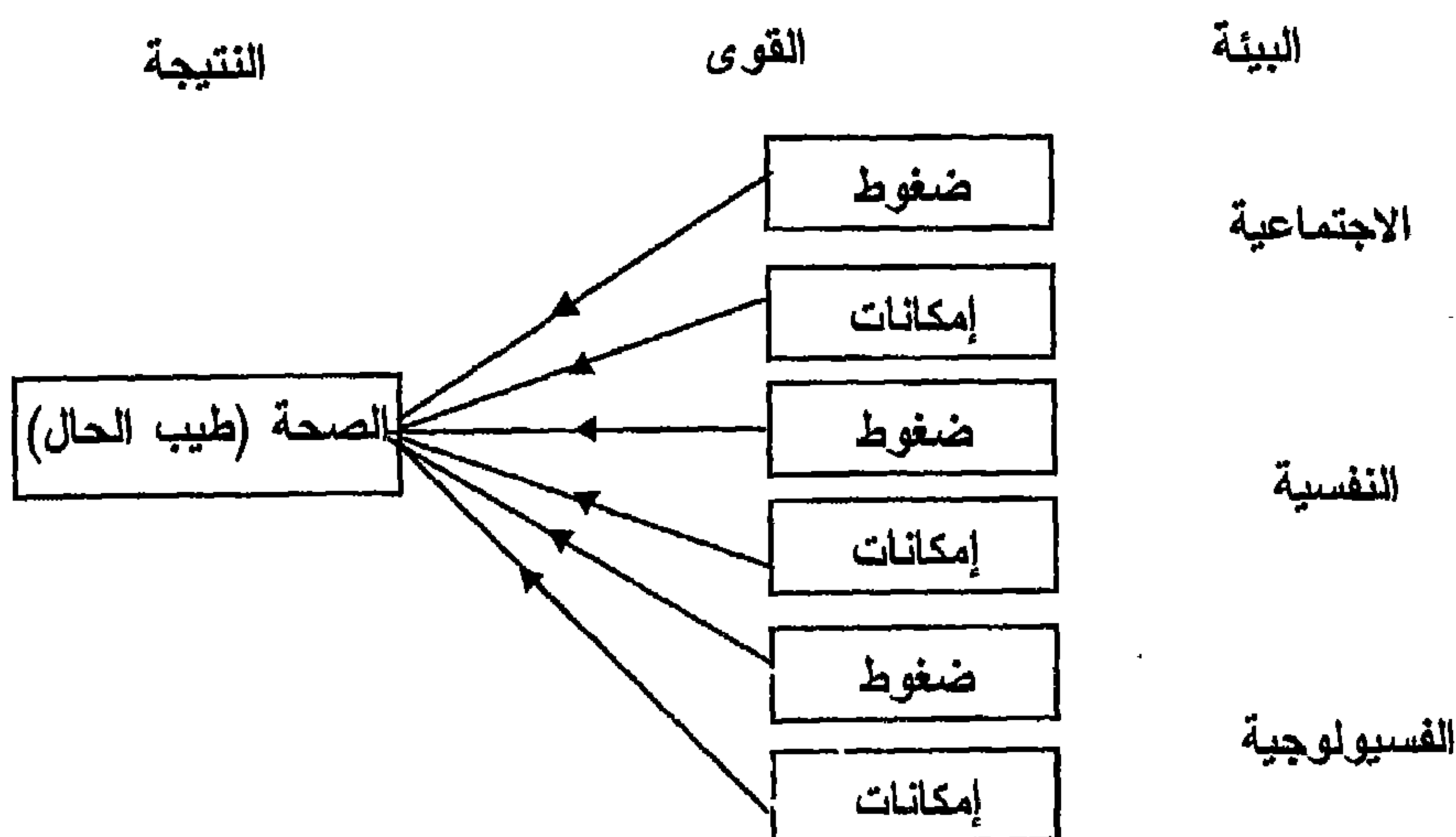
٥ـ نموذج لين وإينسل Line& Ensel

ويشتمل هذا النموذج على مجموعة من المتغيرات هما:

١- متغيرات البيئة: وتشمل البيئة الاجتماعية والنفسية والفزيولوجية.

٢- متغيرات القوى المتصلة بمتغيرات البيئة حيث يرى واضعوا النموذج أن كل بيئة من البيئات الثلاث السابقة تشتمل على قوتين أحدهما تمثل الضواغط Stressors وقوة تمثل الموارد أو الإمكانات Resources، فالمطالب الاجتماعية تمثل ضغط البيئة الاجتماعية فى حين تمثل المساندة أهم مواردها، وهكذا البيئة النفسية من ضغوطها (التعرض للإهانة، ومن إمكاناتها الصلابة وتقدير الذات)،....

٣ـ المتغير التابع (النتيجة) المتمثلة فى الصحة النفسية أو طيب الحياة (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٤)

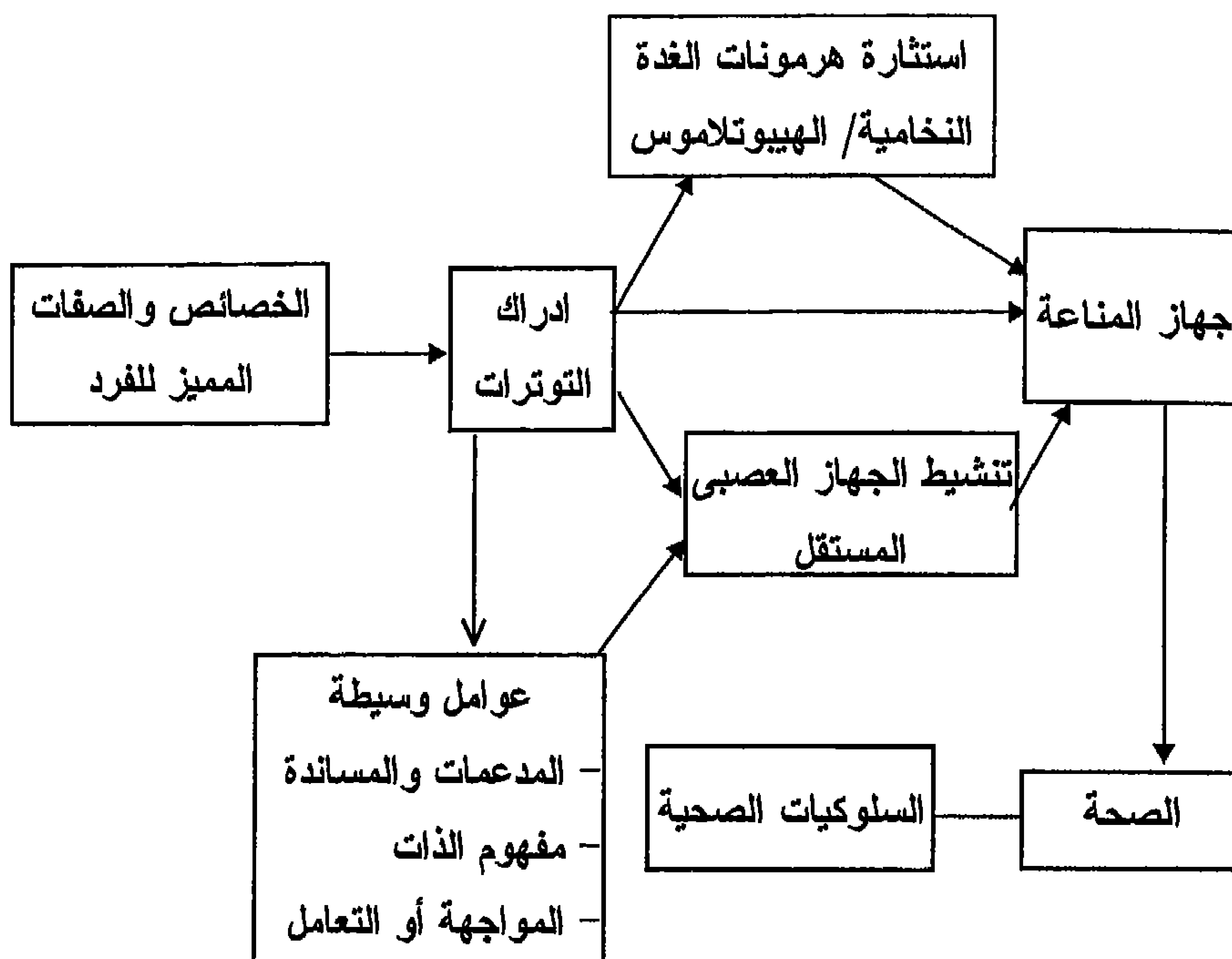


شكل (٥ط) نموذج لين وإينسيل ١٩٨٢

٦ـ نموذج التوتر/ الإجهاد (النموذج الحيوى/ النفسى/ الاجتماعى):

وضع هذا النموذج كل من كابلان وسالز وباترسون (Kaplan et al, 1993) وهم يرون أن العلاقة بين التوتر وأحداث الحياة من جهة والصحة أو المرض من

جهة أخرى معقدة جداً، فأحداث الحياة تستثير إدراكات الفرد لهـا والتـى يدخل فـى إطارها كل من المسـاندة الاجتماعيـة ومفهـوم الـذات وقـدرة الفـرد علـى المواجهـة كعوامـل وسـيطة، ويصـاحب ذلـك تنشـيط لكـل مـن هرمونـات الغـدة النخاميـة والهيبوتلامـوس ونشـاط الجهـاز العصبـى المسـتقل وينعكس كـل ذلـك علـى جهـاز المناعـة الـذى يمثـل المحـدد الأساسـى لمـا يتمتـع بـه الفـرد مـن صحـة أو مـرض. ويتضح ذلك من النموذج الآتى:



شكل (٥ى) النموذج الحيوى/ النفسى/ الاجتماعى لكابلان وأخرون ١٩٩٣

ثانيا ـ التقدير والتفسير المعرفى لحجم الضغط:

أ ـ التقدير المعرفى:ـ

يلعب التقدير المعرفى من قبل الفرد لحجم الضغط الواقع عليه دوراً فى تحديد الآثار الانفعالية والفسيولوجية التى يسببها الحدث الضاغط، وهو ما يفسر لنا تباين استجابة الأفراد لحدث ضاغط واحد. وعادة ما يتم تقدير الحدث المثير وفقاً لثلاث اتجاهات هى:-

١- الضرر أو الأذى: تلف أو خسارة وقعت بالفعل.

٢- التهديد: نتائج متوقعة أو مستقبلية.

٣- تحدى: أحداث مستقبلية ربما تتضمن فوائد شخصية.

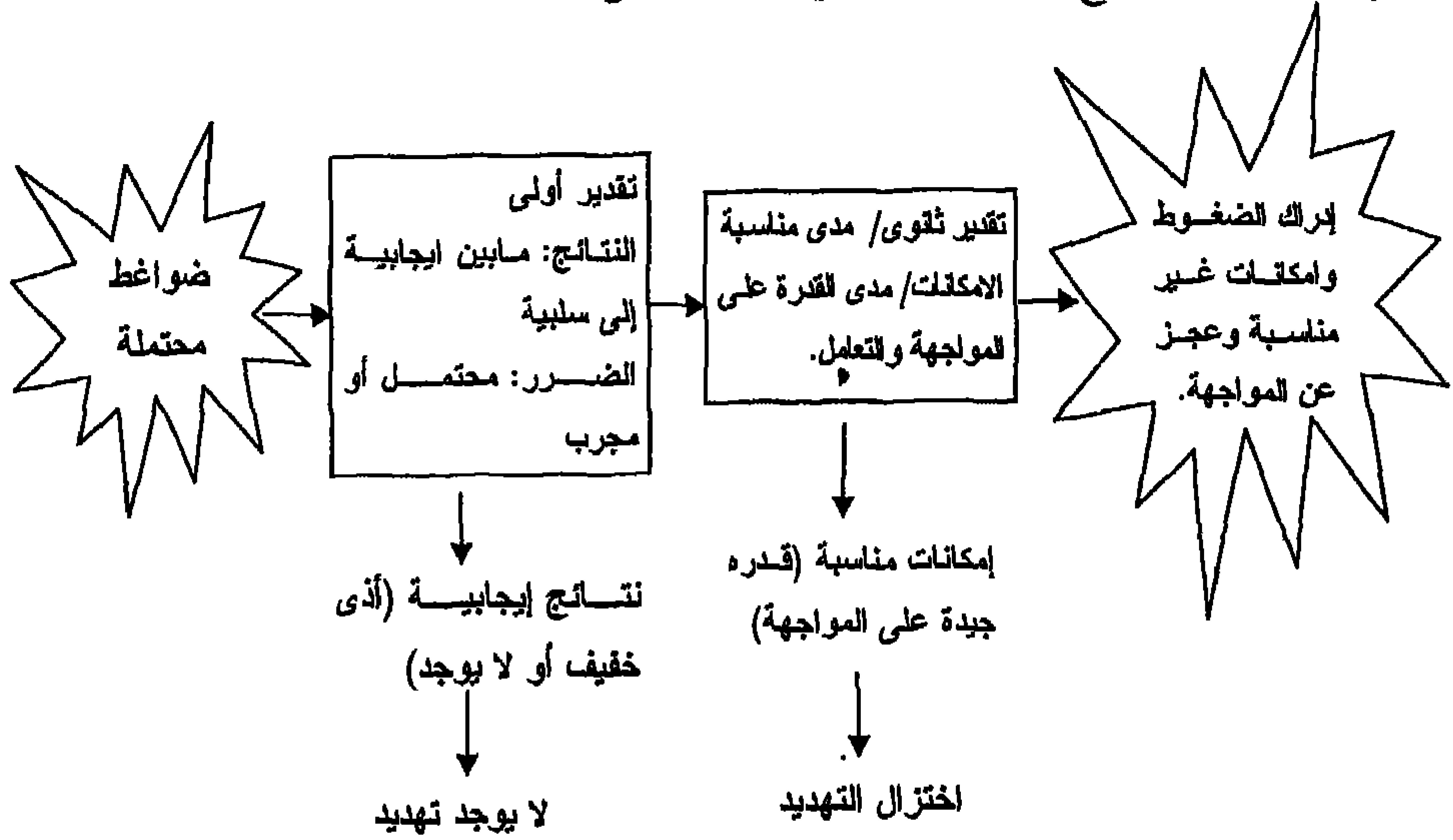
ومن الأمثلة على الاتجاهين الأخيرين الطالب الذى يهدد أثناء الامتحان بخوف أو انزعاج من الفشل وعلى نقيضه الطالب الذى يجد تحدى من نفس الامتحان ويتوقع أن هناك فرصته ليؤدى على أفضل صورة.

وليس بالضرورى أن يكون التقدير المعرفى عقلانى أو شعورى، ولكن ربما يكون تلقائى (آلى)،وغير عقلانى ولا شعورى، ومن أمثلة التقديرات المعرفية "فعالية الذات" التى سبق عرضها فى نظرية بندورا (الفصل الثانى/ الجزء الأول) والتى تشير إلى أن التعرض للأحداث الضاغطة المثيرة للتوترات النفسية والبيولوجية لا تعد مقياساً حقيقياً للشعور بالانضغاط، وتؤكد على أهمية ما يتمتع به الأفراد من ثقة فى النفس (فعالية ذات) فى مواجهة هذه الضغوط. وفى هذا السياق يوجد نوعين من التقدير المعرفى هما التقدير الأولى، والتقدير الثانوى.

١- **التقدير الأولى (المبدئى) Primary Appraisal:** والذى من خلاله يُقوم الشخص دلالة معاملة أو علاقة معينة بالنسبة لاستقرار الحياة (الصحة النفسية)، وقد يكون التقدير الأولى إيجابياً ملطفاً Benign-positive وهو ما يشير إلى أن العلاقة أو المعاملة لا تطغى أو لا تزيد عن إمكانات الشخص، وقد يكون التقدير الأولى سلبياً وضاغطاً يسبب ضرراً أو تهديداً أو تحدى يفوق إمكانات الفرد، وعادة ما يصاحب

التقدير السلبى انفعالات سلبية أيضاً كالغضب والخوف والاستياء، وأن كانت تقديرات التحدى غالباً ما يصاحبها انفعالات ساره كالاستثارة والتحفز أو التطلع.

ويتأثر التقدير الأولى بنوعين من العوامل هما العوامل الشخصية والعوامل الموقفية، العوامل الشخصية تشمل المعتقدات والالتزامات، أما العوامل الموقفية فتشمل طبيعة الضرر أو التهديد وماذا كان الحادث الذى يتعرض له الشخص مألوفاً له أو جديداً عليه، وما هى احتمالات حدوثه والوقت المتوقع فيه وإلى أى درجة من الوضوح والغموض تبدو نتيجته المتوقعة.



٢- التقدير الثانوى **Secondary Appraisal**: ويقصد بها تقويم إمكانات التعامل أو مواجهة الضغط الحادث، ويتأثر التقدير الثانوى بقدرات وإمكانات الفرد البدنية والنفسية والاجتماعية حيث تتمثل الامكانات والموارد البدنية فى صحة الفرد وقدرته على التحمل والإطاقة، أما الموارد الاجتماعية فتشمل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد وحجم المساندة المقدمة له سواء كانت مساعدة مادية أو عاطفية أو تواصلية أو أيديولوجية، أما الإمكانات النفسية فتشمل معتقدات الفرد التى يمكن الاستناد اليها فى الابقاء على الأمل، ومهارات حل المشكلات، وتقدير الذات والروح المعنوية، أما الإمكانات المادية فهى تشير إلى الأشياء الملموسة كالمال والأدوات والتجهيزات.

ب ــ **التفسير المعرفى:** من العوامل المعرفية الآخرى التى يبدو أنها ترتبط بالمرض الجسمى هو نمط التفسير **explanatory style** ، والذى يدل على الطريقة التى نفسر بها عادة أحداث الحياة السلبية التى نمر بها أو تلاقينا، وعادة ما يتم تشفير هذه التفسيرات على شكل أسباب تأخذ عدة صور: مستقرة مقابل غير مستقرة، شاملة مقابل محدودة، عامة مقابل خاصة، داخلية (نرجعها لأنفسنا) مقابل خارجية (نرجعها للبيئة وعواملها)، ويمكن قياس نمط التفسير إما باستخدام استبيان أو اختبار أو بتحليل المادة المكتوبة من قبل الفرد أو المنطوقة، وعادة ما يعكس نمط التفسير التشاؤمى الاعتقاد بأن الأحداث السيئة كانت نتيجة عوامل ثابته وشاملة وداخلية. وفى دراسة استكشافية قام بها باترسون وآخرون Paterson et al 1988 قاموا فيها بتحليل الأنماط التفسيرية لعينة عشوائية قوامها ٩٩ رجل تم اختيارهم من عينة دراسة فالينت (١٩٧٩) من طلاب جامعة هارفرد، والعبارات الآتية توضح أسلوب التفسير التشاؤمى "لدى أعراض الخوف والعصبية مشابهة لما لدى أمى، إنها مازالت عصبية جداً"، لاحظ أن هذه الجملة تشير إلى أسباب داخلية (الخوف)، والاستمرارية أو الدوام والثبات (فالأم لديها دائماً هذه المشكلة)، وقد وجدت الدراسة أن أسلوب التفسير المتشائم ينبأ دوماً بصحة رديئة وسيئة لدى أفراد جامعة هارفرد ما بين عمر ٤٥ – ٦٠ سنة حتى عند ضبط مستوى الصحة الجسمية والنفسية فى الخامسة والعشرين من العمر.

ونحن لا نعرف على وجة التحديد مقدار الارتباط بين أنماط التفسير التشاؤمى والصحة النفسية السيئة على الرغم من المؤثرات المباشرة وغير المباشرة المقترحة، فالأشخاص الذين يرجعون الأحداث السيئة لعوامل ثابته وشاملة وداخلية يبدون أدلة توضح قمع جهاز المناعة فيما بعد. كما أن الأفراد ذوى الأسلوب التفسيرى التشاؤمى قد يهملون أيضاً الرعاية الصحية لأنفسهم لأن لديهم وجهات نظر سلبية إزاءها، وعلى سبيل المثال فقد كان طلاب الجامعة المتشائمين الذين أصيبوا بالأنفلونزا أو نزلات البرد الشائعة أقل سعياً لاتخاذ خطوات نحو العلاج ومن ثم الشفاء عن الطلاب المتفائلين مثل الخلود للراحة وشرب السوائل الدافئة. (Wilson. G. T. et al, 1996)

ثالثاً ــ أساليب مواجهة الضغوط Coping: لا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها، لأن فهم طبيعة وأثار الضغوط ترتبط دوماً بفهم أساليب التغلب عليها. ولأن توفر واستخدام آليات معينة للمواجهة تؤثر بشدة على استجابتنا النفسية والفسيولوجية للضغوط، فأساليب المواجهة يمكن أن تعبر عن الكيفية التى نفكر بها فى الأحداث والطريقة التى نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر. وكل من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية للمواجهة تكون فعالة فى تعديل أثار التوتر.

ويميز لازروس **Lazarus 1991** بين نوعين أساسين من أساليب المواجهة هما:

١- المواجهة النشطة أو المواجهة المتمركزة حول المشكلة: وفيها يسعى إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، فطالب الجامعة الذى يصيبه القلق والانزعاج بسبب سلوك زميله غير المبالي وغير المكترث الذى يقوم بإستضافة زملاؤه الآخرين فى الشقة التى يسكنان معاً فيها ويسهرون حتى وقت متأخر من الليل بينما زميله يحاول مذاكرة دروسة لأن لديه أمتحان فى اليوم التالى ربما يتحدث إلى زميله ويشرح له موقفة بأنه فى حاجة إلى وقت للمذاكرة لحسن الأداء فى الامتحان الذى سيعقد فى اليوم التالى ويقترح على زميله المستهتر هذا أن يتفاهم معه قبل أن يدعو أصدقاؤه حتى لا يوبخة بعنف. ومن الأساليب المتبعة فى هذا النوع من المواجهة:-

أ ــ البحث عن معلومات أو طلب النصيحة: أى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو الحصول على التوجيه من شخص مسئول والتحدث مع شخص آخر كالزوج أو الزوجة أو الأصدقاء أو الأقارب وطلب المساعدة من شخص ما.

ب ــ اتخاذ إجراء حل المشكلة: وتشمل إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الموقف وتعلم مهارات جديدة موجهة نحو المشكلة، والتفاوض للتوفيق لحل القضية.

جـ ــ تطوير مكافآت أو إثابات بديلة: عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد

مصادر جديدة للرضا، كبناء علاقات اجتماعية وتنمية وجهة ذاتية واستقلالاً ذاتياً أكبر.

ويمكن تطبيق هذه الأساليب على المثال الموضح أعلاه.

٢ ـ المواجهة السلبية أو المواجهة المتمركزة على الانفعال المصاحب:

أى التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط والاحتفاظ باتزان وجدانى وتقبل الفرد لمشاعره، وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد فى المواقف التى تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة، مثلاً مواجهة مرض يفضى إلى الموت عادة ما تكون سلبية مركزة على العواطف المصاحبة كالرضا بالقضاء والقدر وتقبل إرادة الله والاستعداد نفسياً وسلوكياً للموت. ومن الأساليب المستخدمة فى هذا النوع من المواجهة ما يلى:ـ

أ ـ التنظيم الوجدانى: مثل الضبط الانفعالى، معايشة الانفعالات والتعامل معها وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة، والمحافظة على الإحساس بالفخر.

ب ـ التقبل المذعن: كالانتظار بعض الوقت للبرء من المشكلة مع توقع الأسوأ وتقبل الموقف كما هو. والإقرار بأن لا شئ يمكن عمله والاستسلام للقدر.

جـ ـ التفريغ الانفعالى: ويدخل فيها هذه الأساليب المشتملة على التعبيرات الكلامية والبكاء والتدخين وزيادة الأكل والانغماس فى أنشطة اندفاعية موجهة للخارج (محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٤)

ولم يميز الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية DSM. IV, 1994 كثيراً بين ميكانزمات الدفاع وأساليب مواجهة الضغوط، واعتبر أن كل منها عمليات نفسية آلية تحمى الفرد ضد القلق والشعور بالأخطار الداخلية ومن الضغوط، وغالباً لا يكون الأفراد واعين بهذه العمليات أثناء عملها. ويقسم هذه الوظائف وأساليب المواجهة إلى سبع مستويات هى:ـ

١ـ المستوى التكيفى المرتفع: وتحتوى نتائج هذا المستوى من الوظائف الدفاعية على أفضل تكيف أثناء معالجة الضغوط والتعامل معها. وعادة ما تكون هذه الدفاعات ميسرة للإشباع وتسمح بقدر من المشاعر والأحاسيس الواعية

والشعورية بالظهور، كما تحقق أفضل توازن بين الدوافع المتصارعة ومن أمثلتها: التطلع أو الترقب ــ الانتماء ــ الإيثار أو الغيرية ــ الفكاهة ــ توكيد الذات ــ ملاحظة الذات ــ التسامى أو الإعلاء ــ القمع.

٢ــ مستوى الكف العقلى: ومن المحتمل أن يحتفظ الفرد فى هذا المستوى بالأفكار المهددة والمشاعر والذكريات والأمنيات والمخاوف خارج الشعور أو الوعى. ومن أمثلتها: الإزاحة أو الإبدال، التفكك والانفصال، التعقل والمعالجة الفكرية، العزلة والاغتراب، الكبت، الإبطال (الإلغاء).

٣ـ المستوى المنخفض لتشوية الصور العقلية وتحريفها: ويتصف هذا المستوى بتشويه الصور العقلية عن الذات والجسم والآخرين والتى من الممكن أن تُستخدم فى تنظيم تقدير الذات ومن أمثلة دفاعات هذا المستوى: عدم التقدير، التقديس أوالتكميل المثالى للشئ، المبالغة فى القدرة.

٤ــ مستوى الإنكار أو التنصل من المسئولية: يتصف هذا المستوى باحتفاظ الفرد بالضغوط والدوافع والأفكار والانفعالات غير المقبولة، وتكون مسئولية الفرد عن أفعاله خارج الوعى أو الشعور مع عدم نسبة هذه الأفعال إلى أسباب خارجية ومن أمثلة ذلك: إنكار الذات، الإسقاط ، التبرير أو إسباغ المعقولية،

٥ـ المستوى الرئيسى لتشويه الصور العقلية: ويتسم هذا المستوى بتحريف جسيم للصور العقلية وبعدم نسبة هذه الصور للذات أو للأخرين: ومن أمثلتها التوحد ــ تقسيم وانشطار الصور العقلية عن الذات والأخرين.

٦ــ مستوى الأداء (المستوى العملى): ويتميز هذا المستوى بوجود الوظائف الدفاعية التى تتعامل مع الضغوط الداخلية والخارجية بالعمل أو الانسحاب ومن أمثلتها: التجسيد، الانسحاب الخامل، الشكوى من رفض المساعدة، العدوان الكامن (العداوة).

٧ـ مستوى عدم التنظيم الدفاعى: ويتسم هذا المستوى بالفشل فى تنظيم الدفاعات المناسبة لمواجهة الضغوط ويقود هذا المستوى إلى انتكاسة وانهيار واضح وصريح ومن أمثلتها: الاسقاط التوهمى، إنكار الذات الذهانى، التحريف أو التشوية الذهانى.

ويقدم الدليل (٢٧) حيلة وأسلوب مواجهة ضمن محاور مقترحة للدراسة تحت عنوان مقياس الوظائف الدفاعية، كما يقدم تعريفاً إجرائياً لكل منها (DSM. IV, 1994: pp: 751)

وتعتمد فعالية الأساليب المختلفة للمواجهة جزئياً على متغيرات مثل المضمون الثقافى والاجتماعى الخاص بالفرد، فالمواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة والضبط الشخصى ربما يكون لها آثاراً سلبية بدلاً من أن يكون لها آثار إيجابية على الصحة، وقد درس بعض الباحثين العلاقة بين أساليب المواجهة والضغوط الاقتصادية المزمنة وأعراض التوتر السيكوسوماتى بين المقيمين فى الريف الأمريكى من الزنوج فوجد أن أساليب المواجهة النشطة تقلل من أثار التوتر على النساء فى حين تزيد آثارها على الرجال، وأرجع الباحثون ذلك إلى اختلاف المعايير الاجتماعية باختلاف الجنس فى المجتمع المحافظ، لأنه فى مثل هذه المجتمعات يكون على الرجال عبء تغيير الظروف الاقتصادية، ونظراً لما يواجهوه من فشل وإحباط تعلموا أن يستجيبوا لذلك بقمع استيائهم ولكن على حساب التوترات السيكوسوماتية المتزايدة، وعلى النقيض من ذلك نجد أن النساء تقتصر مواجهتهن النشطة على تحسين الظروف لأطفالهن، كما أنهن أكثر قدرة على التحكم فى سلوكهن مقارنة بالرجال.

رابعاً ـ المساندة الاجتماعية: تتوسط المساندة الاجتماعية كأحد العوامل البيئية العلاقة الارتباطية بين التوتر والمرض، وتعبر المساندة الاجتماعية عن شبكة العلاقات الاجتماعية التى توفر أساس قاعدى للفرد تمنحه الاهتمام والرعاية والتقبل والتواصل وعضوية الجماعة والمساعدة الملموسة وقت الحاجة، والنصيحة لمواجهة المشكلات. وقد ربطت الدراسات فى مجال علم الأوبئة بين العلاقات الاجتماعية ومعدلات الوفاة، وعلى سبيل المثال كانت معدلات الموت (بجميع أسبابها) مرتفعة بين الأفراد غير المتزوجين (عزاب ـ أرامل ـ مطلقين) مقارنة بمعدلها بين المتزوجين لدرجة أن البعض يرى أن تقدير حجم العلاقات الاجتماعية لدى الفرد كالزواج والاتصال بالأصدقاء وأفراد الأسرة وعضوية الجماعات الدينية والروابط الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية تنبأ بمعدلات الوفاة اللاحقة لدى

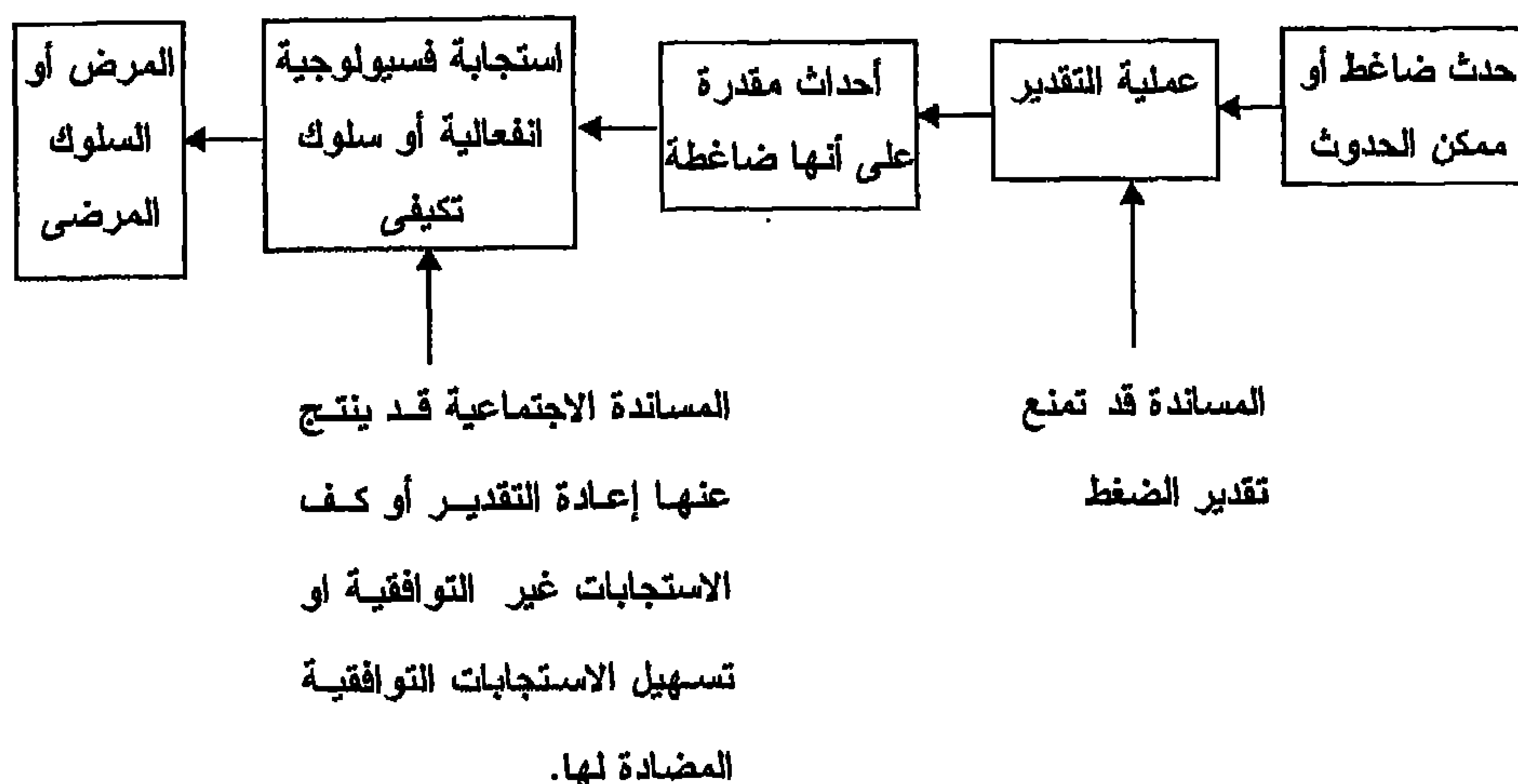
الأفراد. ويرى كثير من الباحثين أن للمساندة دوران أساسيان فى حيـاة الفـرد: دور إنمائى، ودور وقائى. فى الدور الوقائى يكون للمساندة آثراً مخففـاً لنتـائج الأحـداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجابتهم المؤلمة (مثلاً القلق أوالاكتئاب) لتلك الأحداث تبعاً لتوفر مثل هذه العلاقـات الـودودة والمسـاندة، حيـث يـزداد احتمـال التعـرض لاضطرابـات نفسـية كلمــا نقـص مقـدار المسـاندة الاجتماعية كماً ونوعـاً، وقد أضحـى هذا التـأثير معروفـاً بنمـوذج الآثـر الملطـف للمساندة أو فرض التخفيف (الذى سيتم شرحه بعد قليل)، ويذكـر ليبرمـان ١٩٨٢ فى سياق عرضه للدور الذى تقوم بـه المسـانده الاجتماعيـة فـى مواجهـة الضغـوط وخفض احتمال المرض بقوله: هناك مجموعة من المواقف فى حيـاة النـاس تلعـب فيها المساندة دوراً هاماً ومـن هـذه المواقـف الـبرء مـن الجراحـات وردود الأفعـال تجاه مضاعفـات الأمـراض، ومشـقة الحمـل لـدى المـرأة والجراحـات التـى تُجـرى للأطفال، والبرء من المرض عقب ذبحة صدرية والوقايـة مـن الاكتئـاب فـى حالـة الأحداث المؤلمة والتخفيف من الأحزان والأعراض الجسمية التى تنتج من التعطـل عن العمل، والتخفيف أو الوقاية من وقوع اضطرابات انفعالية فى فـترة الشـيخوخة والتخفيف من آثار ضغوط العمل فـى بيئـات العمـل ذات المشـقة والاجهـاد (محمـد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٤). ولعل هـذه الأراء تفسـر لنـا ما توصـل إليــه تيكومسـه وأخريـن (Tecumseh et al., 1982) الذيـن وجـدوا أن العلاقـات الاجتماعيـة والأنشطة الاجتماعيـة ترتبـط بشـدة بمعدلات المـوت خـلال العشر أو الاثنا عشر سنة التالية، وكان معدل الخطـر النسبى للرجـال ٣، وللنسـاء ١,٥ [وتعنى النسبة (٣) أن الأشخاص الذين يحصلون علـى درجـة منخفضـة علـى مقياس العلاقات والأنشطة الاجتماعية يكون احتمال تعرضهم للموت ثلاث اضعاف تعرض الأشخاص الذين يحصلون علــى درجـة مرتفعـة فـى هـذه المقـاييس] ، وقـد حصل الباحثون على هذه النتائج بعـد ضبـط تـاثير عوامـل الخطـر المعروفـة مثـل ضغـط الـدم المرتفـع ومسـتويات الكولسـترول فـى الـدم، كمـا أظهـرت الدراسـات الاسـتطلاعية أن الآثـر الواقـى للعلاقـات الاجتماعيـة ثـابت لـدى الرجـال والنسـاء باختلاف البيئة الاجتماعية.

النماذج المفسرة للعلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة الجسمية والنفسية:ـ

لقد ترسخت العلاقة بين المساندة والصحة جيداً ولكن كيف تؤثر المساندة على الوظيفة البيولوجية للجسم، فى الحقيقة أن وجهات النظر حول هذه القضية تنقسم إلى ثلاث اتجاهات يمكن توضيحها من خلال النماذج الأتية:ـ

١ـ نموذج الآثر الواقى (المخفف من الضغط) The Buffering Model:

ويرى هذا النموذج أن التأييد والمساندة الاجتماعية سواء كانت مساندة عاطفية أومساعدة عملية فى المهام التى تثير التحدى تمنحنا الحصانة ضد الآثار البيولوجية السلبية للتوتر، فمن بين طلاب الجامعة الذين يعانون من التوتر بسبب امتحانات آخر العام وجد أن الأفراد ذوى المساندة الاجتماعية المرتفعة لديهم وظائف مناعية عالية جداً مقارنة بغيرهم. وتشتمل الآليات التى تربط الضغط بالمرض على سلسلة من الاختلالات للهرمونات العصبية أو لوظيفة جهاز المناعة أو إخفاق فى الاهتمام بالنفس المتمثلة فى نقص التغذية وإدمان الخمر، ويصاحب ذلك فقدان تقدير الذات ومشاعر انعدام الحيلة أو العجز إلى انعدام القدرة المدركة على التعامل مع المواقف التى تتطلب استجابة فعالة كما يوضحها النموذج الآتى:-



شكل (٥ك) العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساندة الاجتماعية (عن كوهين وويلز: ١٩٨٥)

وكما يوضح الشكل السابق (٥ك) فإن المساندة تقوم بدورها فى نقطتين مختلفتين فى هذا التتابع السببى الذى يربط بين الضغط والمرض.

الأولى: يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحادث الضاغط وردود الأفعال المصاحبة، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط، ومعها يشعر أن الحدث الضاغط ليس خطيراً أو شديداً.

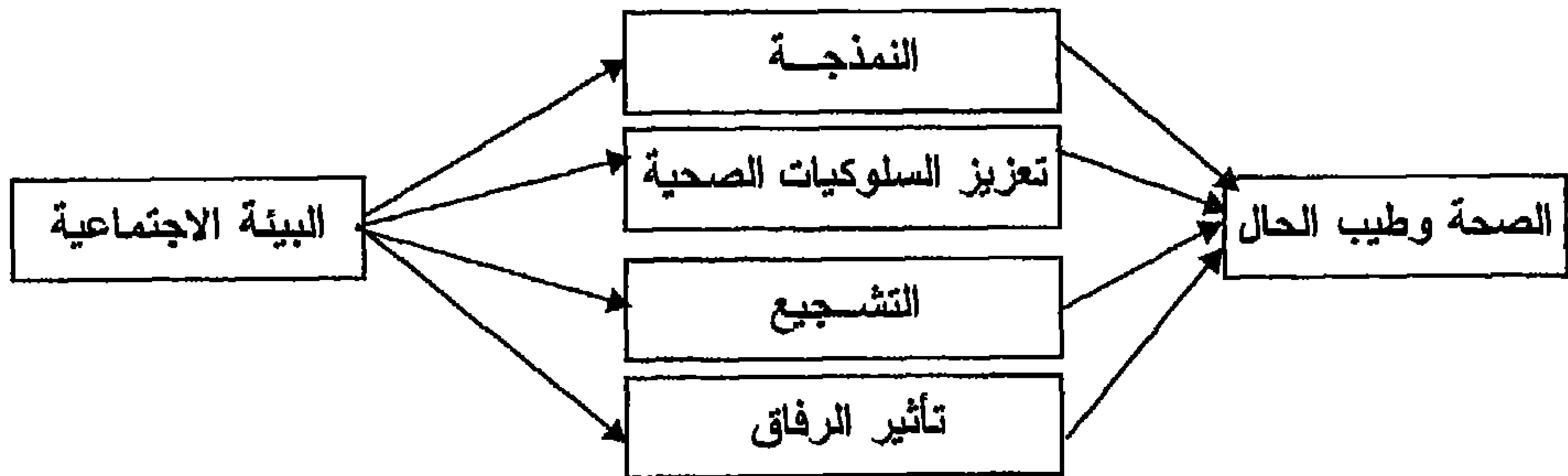
الثانية: قد تتدخل المساندة بين خبرة الضغط وظهور الحالة المرضية أو السلوك المضطرب فتقلل أو تستبعد رد الفعل الضاغط بالتأثير المباشر على الحالة الفيزيولوجية، ومن ثم تؤدى إلى التخفيف او التهوين من الأهمية التى يدركها الشخص للمشكلة ومن ثم كبح الهرمونات العصبية المسببة للتغيرات الجسمية (كزيادة ضربات القلب، وتجلط الدم أو غيرها).

وقد استطاع كوهين ورفاقه (Cohen et al 1992) التحقق من صحة هذا النموذج تجريبياً من خلال التوزيع العشوائى لعدد من الحيوانات الثديية (القردة) التى تعانى من ظروف اجتماعية غير مستقرة أو مستقرة لمدة ٢٦ شهراً. كل قرد فى المجموعة غير المستقرة وضع ليعيش مع جماعة مختلفة من القردة لمدة شهر ثم ينقل إلى غيرها، أما مجموعات الظروف المستقرة فقد بقيت القردة الأربع مع بعضها طوال الست والعشرون شهراً كاملة. وأثناء هذه الفترة قام الباحثون بإجراء ملاحظة منظمة لسلوك الانتماء للقردة (كيف ارتبط كل قرد بالآخرين فى الجماعة)، كما دُرست استجاباتهم المناعية فوجدوا أن القردة الذين تعرضوا للتوتر بفعل الظروف الاجتماعية غير المستقرة أصابهم عجز وضعف فى الوظيفة الوقائية المناعية للجسم، كما أن الحيوانات التى عاشت فى ظروف مستقرة كانت أكثر انتماءاً من تلك التى عاشت فى ظروف غير مستقرة، وأظهرت هذه القردة الأكثر انتماءاً قصوراً أقل فى الاستجابة المناعية، أو بعبارة أخرى فأن القردة ذوى المساندة الاجتماعية الأفضل تم حمايتها من الآثار البيولوجية السلبية للتوتر الشديد والمستمر.

٢ـ نموذج الأثر الرئيسى للمساندة: وضعه بعض علماء الاجتماع واقتبسه علماء النفس ويرى هذا النموذج أن المساندة تدعم الصحة بشكل مباشر وبطرق غير مرتبطة بأى تأثير مقاوم للتوتر، ومن الفروض التى صيغت فى هذا الإطار

أن المساندة تدعم وتؤيد الإحساس بالمعنى والالتحام والترابط حول الحياة، وأن شبكة العلاقات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات ايجابية منظمة ومجموعة من الأدوار التى تلقى تعزيزاً من المجتمع، وهذا النوع من المساندة يمكن أن يرتبط مع السعادة حيث أنها توفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساساً بالاستقرار فى مواقف الحياة، والاعتراف بأهمية الحياة، كما أن التكامل فى الشبكة الاجتماعية يمكن أن يساعد فى تجنب الخبرات السالبة (كالمشكلات المالية والقانونية)، وهكذا يفترض هذا النموذج أن المساندة تؤدى إلى تحسن أو طيب الحياة بصرف النظر عن المستوى الموجود للمساندة، وعلى الرغم من أن عملية المساندة عملية نوعية وليست عامة، بمعنى أن أعضاء شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد يدعمون عادات صحية معينة إلا أن ذلك يؤدى فى النهاية إلى جعل المساندة الاجتماعية تحد من السلوكيات المدمرة للصحة كتجنب تعاطى المخدرات والتدخين وتعاطى الكحول، وتسهم فى المقابل لذلك فى دعم السلوكيات المحافظة عليها مثل الحصول على نوم كافى واتباع نظام غذائى سليم وممارسة الرياضة والبقاء نشطاً والحصول على رعاية طبية مناسبة ومستمرة.

كما يقترح البعض أن التأثير الإيجابى للمساندة الاجتماعية على الصحة ليس فقط نتاج للأحداث البيئية ولكنه نتيجة للعوامل الوارثية أيضاً التى تؤثر على ما نختاره أو ننتقيه من البيئات الاجتماعية وكيفية تفسيرنا لهذه البيئات الاجتماعية. ويمكن تمثيل هذا النموذج كما صوره كابلان وآخرون ١٩٩٣ كما يلى:-

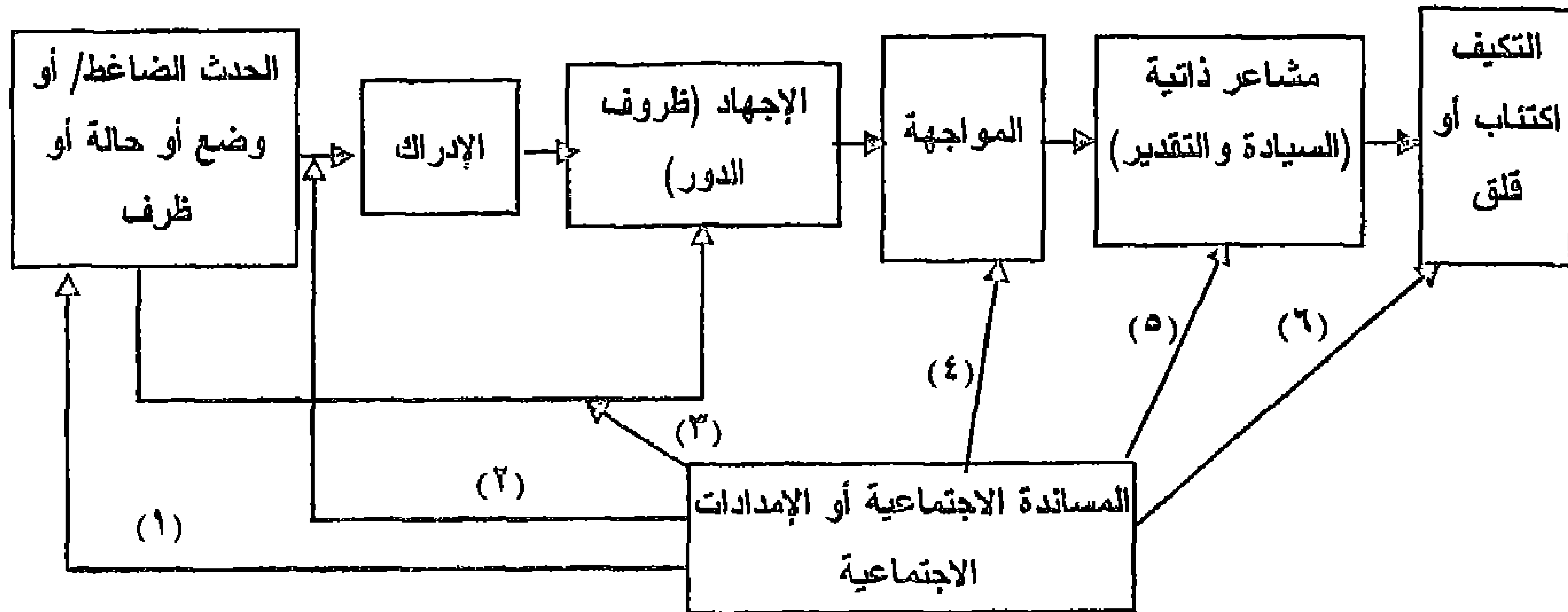


شكل (٥ل) نموذج الأثر الرئيسى للمساندة كما تصوره كابلان وآخرون ١٩٩٣.

ويتضح من النموذج أن البيئة الاجتماعية للفرد تؤثر فى الصحة وطيب الحال Well-Being من خلال العديد من عمليات المساندة التى تشمل النمذجة

وتعزيز السلوكيات الصحية (كتجنب التدخين وغيره...) والتشجيع وتأثير الرفاق.

٣ـ النموذج الشامل:ـ وضع هذا لانموذج كل من بيرلن وليبرمان Pearlin & Liberman 1979 وأعادا تطويره فى ١٩٨١ بناء على دراسات لهم بالاشتراك مع مينجهام وموالان وغيرهم. وهم يرون أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط وليس فقط فى نقطتين من النموذج كما يذكر نموذج الأثر الواقى وكما يوضح الشكل الآتى:ـ



وطبقاً لما توضحه الأرقام على هذا النموذج يمكن القول أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق الآتى:-

١- المساندة الاجتماعية يمكن أن تحد من احتمالية وقوع الحدث الضاغط.

٢- إذا وقع الحدث الضاغط، فإن المساندة من خلال تفاعلها مع عوامل الأخرى ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الشخص للحدث، ومن ثم تلطف أو تخفف من التوتر المحتمل.

٣- إذا وصلت مستويات التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور، يمكن للمساندة أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب أو تبدلات الدور كأثر لذلك.

٤- المساندة الاجتماعية يمكن أن تؤثر فى استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضاغط، وبهذه الطريقة تعدل من العلاقة بين الحدث وما يسببه من اجهاد أو توتر.

٥- إلى الدرجة التى ينجرف اليها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات والشعور بالرفعة الشخصية (السيادة على الذات) يجعل فى إمكانية المساندة تعديل هذه الآثار.

٦- ربما يكون هناك تأثير مباشر من المساندة الاجتماعية على مستوى التوافق.

وهكذا يرى أنصار هذا النموذج أن دور المسانده كعامل مخفف للتوتر أكثر تعقيداً مما تخيله أنصار النموذج الأول والثانى.

المحددات النفسية للسلوكيات المدعمة والمدمرة للصحة:

١ ـ الالتزام بالأنظمة الصحية والبرنامج العلاجى:

معظمنا يدرك أنه سيكون أفضل صحة إذا مارس الرياضة وقلل من الدهون التى يتناولها فى طعامه وامتنع عن التدخين وتجنب الممارسات الجنسية غير الشرعية، وتناول بشكل منتظم ما يصفه له الطبيب من دواء. ولكن الكثيرين منا لا يتبعون هذه النصائح الطبية، فالتزامنا بالسلوكيات المدعمة للصحة أمراً غير مؤكد بشكل عام. فقد نعجز عن الالتزام باتباع وتنفيذ السلوكيات الصحية السليمة.

وقد أوضحت الدراسات أن حوال نصف المرضى فقط هم الذين يتبعون نصائح أطبائهم، وعلى سبيل المثال يستطيع مرضى فرط ضغط الدم ضبط معدله بالاستخدام المناسب والمنتظم للأدوية، ومع ذلك يفشل ٥٠٪ من المرضى فى اتباع النصائح المشار إليها، وأكثر من ٥٠٪ يتوقفون عن المتابعة العلاجية خلال العام الأول، وأن حوالى ثلثى هؤلاء المرضى الذين يبقون تحت الرعاية يداومون على استخدام الدواء لضبط الضغط لديهم بشكل مناسب (Vetter et al 1985). وبطريقة مماثلة لا يواظب مرضى السكر على تناول الأنسولين كما يوصف لهم، وحوالى ٣٠ - ٤٠٪ من مرضى الصرع هم الذين يتناولون أدويتهم فى المواعيد المحددة، كما يفتقر المرضى المصابين بأزمات القلب إلى الالتزام بشكل واضح فنصفهم يتوقف عن ممارسة البرامج الرياضية التأهيلية خلال العام التالى.

وربما يرتبط الالتزام بالتدخلات الطبية بدوام الصحة بطريقة أخرى تتمثل فى تناول الأدوية والعقاقير الطبية بانتظام لأن ذلك يحسن الصحة حتى لو كان

الدواء وهمياً، وفى إحدى الدراسات كان المرضى الذين يعانون من الأزمات القلبية دائماً ما يتناولون عقار البروبرانولول propranolol لحمايتهم من أزمات أخرى مستقبلية أو يعطون دواء وهمياً placebo، وكما هو متوقع، فالمرضى الذين التزموا بتناول الأدوية بشكل منتظم عاشوا عمراً أطول عن الذين لم يلتزموا بمتابعة العلاج لمدة سنة على الأقل. ولكن ما هو غير متوقع ويثير الانتباه أن أفراداً من المجموعة الثانية (الذين عاشوا أطول) وجدو كذلك بين المرضى الذين يتلقون علاجاً وهمياً، فالمرضى الذين لا يلتزمون بتعاطى الدواء يموتون بسرعة بصرف النظر عما إذا كان هذا الدواء حقيقياً أو وهمياً.

التفسيرات الأكثر وضوحاً لهذه النتيجة تتمثل فى ما يُعرف بالتحيز فى الانتقاء Selection bias، فالأفراد الأقل التزاماً يعانون من المرض بدرجة تفوق الأكثر التزاماً لدرجة تبدأ بهم الدراسة، ولكن نفس النتيجة توصلت إليها دراسات أخرى حتى عندما تم ضبط شدة المرض. وقد فسر هوارتز وهوارتز Horwitz & Horwitz 1993 هذه النتيجة باقتراح مفاده أن الالتزام ينشط فعالية الذات لدى المريض، وينشط استجابات المواجهة التى تؤدى إلى تحسين ورفع مستوى الصحة، ويدعم هذه النتيجة أن الالتزام يمكن أن يدعم ويرفع مستوى الحالة الصحية للفرد بطرق عديدة بشرط التأكد من تناول الأفراد للأدوية. (Wilson, G.T. et al 1996) .

٢ ـ البدانة (السمنة) Obesity:

يتحدث الناس كثيراً ولا سيما فى المجتمعات الغنية والطبقات الراقية عن الحاجة لممارسة الرياضة والحفاظ على نظام غذائى صحى، ولكن يبدو أن ذلك لا يتحقق بالنسبة للكثيرين منهم ويبقى أمراً بعيد المنال. وتؤكد بيانات حديثة أن فرداً من كل ثلاث أفراد فى المجتمع الأمريكى يعانى من زيادة وزنه، وأصبح ذلك أمراً ملحوظاً بشكل مثير على مدى السنوات الماضية. وتقدر الإحصاءات أنه على مدار الفترة من ١٩٦٠ – ١٩٨٠ بقى عدد الراشدين ذوى الوزن الزائد ثابتاً بمعدل ١:٤ وارتفعت هذه النسبة بعد ذلك.

وتعرف السمنة أو البدانة إذا تجاوز الوزن ٢٠٪ أو أكثر عن الوزن المرغوب فيه. وتمثل مشكلة مثيرة للقلق إذا أخذنا فى الاعتبار النتائج الصحية التى

تسببها، فالبدانة ترتبط بفرط ضغط الدم والبول السكرى والتهاب المفاصل ومشكلات الكليتين والرئتين، وبعض أنواع السرطان وصعوبة الشفاء بعد العمليات الجراحية، كما تعد عامل مستقل للخطر لأمراض القلب والأوعية الدموية فى كل من الرجال والنساء على السواء. وفى دراسة استطلاعية على أكثر من مائة وخمسة عشر ألف إمراءة أمريكية تتراوح أعمارهن بين ٣٠ – ٥٥ سنة وجدت أن الزيادة الخفيفة والمتوسطة فى الوزن تزيد من مخاطر أمراض القلب، كما أوضحت دراسات حديثة أن السمنة تزيد من خطر الإصابة بسرطان المرئ فى الرجال وتؤخر الشفاء من سرطان الثدى فى النساء، وأن الفقد المعقول فى الوزن له فائدة ذات قيمة بالنسبة للصحة مثل خفض ضغط الدم.

يؤثر الجزء من الجسم الذى يحمل الوزن الزائد عن الحد على معدل الخطر العام الذى تسببه السمنة بصرف النظر عن السمنة بشكل عام، الأفراد الذين يحملون الوزن الزائد فوق الخصر يتعرضون للموت والمرض أكثر من هؤلاء الذين يحملون زيادة الوزن فى منطقه دون الخصر. ويعرف النمط الذى تخزن لديه الدهون فوق الخصر بذوى السمنة البطنية abdominal obestiy وتنتشر لدى الرجال، أما النمط الذى تخزن لديه الدهون دون الخصر فيعرف بذوى السمنة الفخذية Femoral obesity وتنتشر لدى النساء. وبصفة عامة فالأفراد الذين يتسمون بالسمنة البطنية يسمون أحياناً بثمرة بالتفاح apples، وهؤلاء الذين يتسمون بالسمنة الفخذية يسمون بثمرة الكمثرى pears، نظر لما بينهم وهذه الأنواع من الفاكهة من تشابه فى الشكل.

أسباب السمنة:

أسباب وراثية: تسرى السمنة فى أسر دون غيرها، فقد أوضحت دراسات التوائم والتبنى وجود استعداد وراثى قوى للسمنة يؤدى لهذه المشكلة، كما أظهرت الدراسات أن التوائم المتماثلة لديهم أتفاق فى كونهم بدينين أكثر من التوائم الأخوية، وبطريقة مماثلة وجد أن أطفال التبنى لديهم نفس درجة الزيادة فى وزن أباءهم البيولوجين وليسوا مثل آبائهم بالتبنى.

وتفترض نظرية نقطة التهيؤ set-point theory لوزن الجسم أن كل الأفراد لديهم مدى وزنى مبرمج بيولوجياً، ففى حين يكون بعض الأفراد نحيفين بشكل طبيعى يكون البعض الآخر بدينين (ممتلئ البنيه) بسبب الخلفية أو التهيؤ البيولوجى الذى تحمله أجسامهم. وطبقاً لذلك فإن أجسامنا تحدد مدى وزنى معين، ومعظم الناس من ذوى الوزن الطبيعى أو المتوسط يقاومون بيولوجياً أى نقص أو زيادة فى الوزن على المدى البعيد. ولا تزال الميكانزمات المسئولة عن هذا التنظيم البيولوجى للوزن غير معروفة، ومع ذلك يعد معدل الاستقلاب هو المحدد بيولوجياً لوزن الجسم، حيث يتعرض الفرد لخطر السمنة إذا انخفض لديه معدل الاستقلاب (الأيض)، وعندما تستقر السمنة يتم الحفاظ عليها عن طريق ميكانزمات بيولوجية عديدة فعالة وقوية تتضمن التكوين غير القابل للإرتداد العكسى للخلايا الدهنية، وزيادة فى فعالية وكفاءة الاستقلاب.

أسباب اجتماعية: ترتبط السمنة بالمستوى الاقتصادى الاجتماعى، والذى يصف بدوره الوضع النسبى للفرد فى المجتمع كدالة أو مؤشر لمستوى الدخل والتعليم. وبالتحديد فإن معدل السمنة يتضاعف ست مرات فى النساء اللائى ينحدرن من طبقات اقتصادية إجتماعية منخفضة مقارنة بالطبقات الاجتماعية المرتفعة، ولكن هذه العلاقة لا تشجعنا على استنتاج وجود علاقة سببية بين البدانة والطبقة الاجتماعية فحسب، بل قد تشجعنا على تفسير العوامل التى تقف وراء هذا النمط. وتوضح الدراسات أن تأثير المستوى الاقتصادى الاجتماعى على البدانة أقوى من تأثير البدانة على المستوى الاقتصادى الاجتماعى (stunkard, 1989)، وقد يرجع ذلك إلى العادات الغذائية لذوى الدخول المنخفضة التى تميل أكثر للاعتماد على الأطعمة النشوية كالبطاطا والبطاطس والأرز والخبز مقارنة بالأطعمة البروتينية ذات الأسعار الأغلى كاللحوم والأسماك. وقد ترتبط ببعض العوامل البيولوجية كالقابلية لتخزين الدهون ونقص استهلاك الطاقة.

العـــلاج :ـ

على الرغم من وجود مؤثرات بيولوجية على البدانة إلا أن هذا لا يعنى أن العوامل النفسية غير هامة أو أن الأفراد البدنيين لا يمكنهم انقاص أوزانهم وتشمل الصور الفعالة للعلاج عدة طرق منها: ـ

١ ـ تعديل السلوك كتغيير عادات الأكل.

٢ ـ الإرشاد الغذائى لزيادة المعرفة المتعلقة بنظام التغذية والصحة.

٣ ـ استراتيجيات الضبط الذاتى لتحقيق تغير فى أسلوب الحياة.

٤ ـ إعادة البناء المعرفى لتغيير الاتجاهات غير الصحية بالنسبة لوزن وشكل الجسم.

٥ ـ ممارسة الأنشطة الرياضية باستمرار لرفع معدل اللياقة البدنية.

وطرق العلاج التى تتضمن هذه الإجراءات تساعد الأفراد على خفض وزنهم بمدى يتراوح بين ٣٠ - ٤٠ رطل فى ستة شهور، ويترتب على ذلك عدد من الفوائد الصحية والنفسية مثل انخفاض معدل ضغط الدم ومستوى الكولسترول والاكتئاب المتزايد ورفع مستوى تقدير الذات.

ويجب التنويه هنا إلى أنه على الرغم من نجاح صور العلاج التى تستهدف إنقاص الوزن سلوكياً وغذائياً على المدى القصر إلا أنها لا تكون فعالة على المدى الطويل، فحوالى ثلثى المرضى البالغين بدينى البدنية الذين نقصت أوزانهم أثناء العلاج السلوكى والغذائى حافظوا على هذا النقص خلال فترة المتابعة لمدة عام واحد، ومع ذلك فإن حوالى ٩٠ - ٩٥٪ من هؤلاء المرضى عادوا مرة أخرى لوزنهم الأساسى بعد مرور خمس سنوات (Wadden et al, 1989). ويمكن تأخير عملية الارتداد إلى الوزن الأصلى لفترات تتراوح بين عام وثلاث أعوام ولكن لا يمكن وقفه تماماً، ويرجع سبب الارتداد إلى أن المرضى يتركون الاستراتيجيات السلوكية والغذائية التى تعلموها واكتسبوها فى العلاج ويتخلوا عنها، ويحدث هذا حتى فى حالة عقد جلسات المحافظة الممتدة المخصصة للوقاية من الارتداد للوزن الأصلى. (Wilson, G.T et al, 1996)

ورغم ذلك توجد بعض الأخبار التى تبعث على التفاؤل فى هذا الشأن، فالأطفال البدناء يمكن علاجهم بسهولة وكفاءة، وفى دراسة أخرى بعد مرور عشر سنوات بعد العلاج حافظ ٣٤٪ من الأطفال البدينين على ما تحقق من نقص فى أوازنهم، ولم يغد ٣٠٪ منهم بدينين على الإطلاق. وتعد هذه أفضل النتائج التى تحققت فى مجال البدانة أو السمنة (Epstein et al 1994). مع ملاحظة أن الآباء

والأمهات البدينين الذين تم علاجهم فى نفس البرنامج مثل أطفالهم أظهرو نمط مألوف من فقدان أو إنقاص الوزن الأولى تبعه ارتداد، وبعد فترة من المتابعة لمدة خمس سنوات عاد كل الآباء والأمهات إلى وزنهم كما كانوا من قبل، وتؤكد النتائج مرة أخرى على مشكلات البالغين الراشدين فى حفاظهم على ما حققوه من نقص فى الوزن على المدى البعيد.

فلماذا ينجح الأطفال ويفشل الكبار؟ يتمثل السبب الأول فى سهولة تعليم عادات النشاط والغذاء أو الأكل الصحى للأطفال عنه للكبار، والاحتمال أو السبب الثانى يتمثل فى أن الوالدين عادة ما يمارسون ضبطاً خارجياً يشتمل على المساندة الاجتماعية وإدارة أسلوب التغذية على الأطفال وحتى المراهقين الذين يعيشون معهم فى المنزل، فى حين يفتقد الكبار إلى مثل هذه المراقبة والإشراف، فالراشدين البدينين الذين يُنقصوا وزنهم يعودون مرة أخرى لوزنهم الأصلى أو يزيد مرة أخرى لأن ضبطهم الذاتى يقل وينقص تدريجياً.

٣ ـ دور اللواط والزنا والإدمان فى الإصابة بالأيدز :

مرض الأيدز مرضى مميت (قاتل) ومُعدٍ ليس له علاج حتى الآن، ويعد السبب الرئيس الثانى للموت بين الرجال الأمريكيين الذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والرابعة والأربعون (Kelly et al, 1993)، ويقدر أن من بين ٢٠ – ٥٠٪ من الرجال اللواطيون Gay فى مدن أمريكية كبرى مثل سان فرانسيسكو ونيويورك أصيبوا بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسب (الأيدز)، كما يسود المرض بين الأفراد الذين يسيئون استخدام العقاقير عن طريق الحقن بالأوردة، كما ينتشر بشكل متزايد نتيجة الممارسة الجنسية غير الشرعية (الزنا) مع البغايا والمومسات وأجيرى دور الدعارة فى الغرب، وينتشر المرض أكثر بين النساء اللائى يعشن داخل المدن (وليس على الأطراف راجع الفصل الثانى من الجزء الأول ...) ولديهم معدلات مرتفعة من الأمراض الجنسية الأخرى المنقولة عن الغير كالزهرى والسيلان، ويعد الاتصال الجنسى خارج العلاقة الزواجية المصدر الأساسى لنقل مرض الأيدز فى معظم الدول النامية.

بداية، فقد حث انتشار هذا الوباء القاتل على ضرورة إجراء تغيرات سلوكية هامة لدى الذكور اللواطيون، ففى دراسة أجراها مارتن Martin, 1987 قام خلالها بمقابلة عينة قوامها ٧٤٥ رجل لواطى فى نيويورك تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٦٥ سنة لتقييم أثر الأيدز على سلوكهم الجنسى، حيث وجد أن نشاطهم الجنسى الشرعى وغير الشرعى قد انخفض بنسبة ٧٨٪ كما انخفض عدد مرات الاتصال الجنسى والسلوكيات المصاحبة له مثل تبادل السوائل الجسمية كالدم والسائل المنوى بنسبة ٧٠٪، وزاد استخدام العازل الطبى الذكرى condom أثناء ممارسة عملية اللواط من ١,٥٪ إلى ٢٠٪.

ويرجع نجاح الجهود المبذولة لتغيير السلوك بين الرجال ذوى الجنسية المثلية إلى الجهود الاجتماعية فى هذا السياق، فمجتمعات اللواطيين فى المدن الكبرى الأمريكية متلاحمة ومتماسكة، واستجابة لتفادى خطر الوباء تعلم بعض الأفراد بأنفسهم الأمور المتعلقة بتفادى الإصابة بالمرض وقدموا المساعدة لنشر هذه المعلومات فى هذا المجتمع المنحرف. واستخدام الالتزام بالمعايير الاجتماعية، والمساندة الاجتماعية لمواجهة اليأس والتشجيع على الالتزام بالممارسة الشرعية للجنس (مع الزوج أو الزوجة فقط) وتعزيز الأفراد الذين يجرون تغييرات فعالة فى أساليب حياتهم، واتضح من البرامج أن أسس التعلم الاجتماعى كالنمذجة والتعزيز الاجتماعى تلعب دوراً جوهرياً فى تغيير السلوك، وأن التربية بمفردها لا يمكن أن تغير السلوك.

ولا يسلم مستخدمى العقاقير والمدمنين من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة بسبب اشتراكهم فى استخدام الإبر الملوثة، وللأسف فقد كانت الجهود المبذولة لتغيير هذا السلوك أقل نجاحاً فمعظم من يسيئون استخدام العقاقير ويستخدمونها عن طريق الحقن يعرفون الأيدز وكيف يُنقل، ولكنهم لا يملكون طرقاً فعالة لتغيير سلوكهم والتى تتضمن الاعتماد على علاجاً فعالاً لوقف استخدام العقار أو استخدام الإبر المعقمة للحقن الآمن. كما أن العوامل النفسية المساعدة على تغيير السلوك لدى الرجال اللواطيون غائبة أو مفقودة كذلك لدى مستخدمى عقار IV، كما أن افتقارهم إلى التربية السليمة والمصادر المالية الكافية تجعلهم ينخرطون فى سلوكيات غير شرعية، وفى ذات الوقت لا يجدون سوى القليل من المساندة الاجتماعية.

وحتى عندما يلجأ من يسيئون استخدام العقاقير إلى الحقن المعقمة فإنهم لا يحققون تغيرات مماثلة فى سلوكياتهم الجنسية، وهو ما يضع الشريك الجنسى لهم تحت عوامل الخطر المتمثلة فى نقل العدوى له، كما وجدت الدراسات أن استخدام العازل الطبى يعد معوقاً لتغيير السلوك لأن استخدامه عادة ما يرتبط بقطع أو انتهاء علاقات الجنسية الغيرية، فلا يعد العازل الطبى مؤشراً على أن أحد الشريكيين فى العلاقة يعانى من مرض الأيدز فحسب ولكنه يزيد من القلق أو الانشغال بالخيانة الجنسية للزوج أو الزوجة. إن أغلب مستخدمى العقاقير عن طريق الحقن الذين يحملون الفيروس المسبب للإيدز هم من الذكور ذوى الجنسية المثلية الذى من المتوقع أن يُعدى شريكته فى العلاقة الجنسية والتى بدورها تنقل العدوى إلى جنينها أثناء فترة الحمل. كما أن أغلب الأشخاص الذين يعيشون فى بيئات فقيرة ويشيع بينهم استخدام العقاقير المخدرة يكونوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالأيدز.

ولعلنا ندرك الآن نعمة الالتزام بتعاليم الدين الإسلامى الحنيف الذى يحرم الزنا واللواط وتعاطى الخمور ليس فقط لكونها سلوكيات تضيع الأنساب وتفقد الهيبة والكرامة والعقل وهذا خطبٌ لاشك جليل على مستوى الفرد والأسرة ولكنها أيضاً تُفشى الأوبئة الخطيرة كالأيدز والزهرى والسيلان فى المجتمع وهى أمراض عجز العلم الحديث الذى صعد بالإنسان إلى عنان السماء عن شفاء من ابتلاهم الله بها.

الوقاية والعلاج من السلوكيات المدمرة للصحة:

لقد استخدم الأطباء والأخصائيين النفسيين مجموعة كبيرة من الطرق أو الأساليب النفسية للوقاية، وعلاج الظروف الطبية المرتبطة بالتوتر، ولقد كان الطب السيكوسوماتى فى فترة الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين تطبيق مباشر للنموذج السيكودينامى على الحالات الطبية، وتبع ذلك أن أصبحت بعض صور العلاج السيكودينامى هى الاختيار الأوحد لذلك على الرغم من الانحدار المبكر للطب السيكوسوماتى واستمرت العلاجات السيكودينامية تستخدم على نطاق واسع اعتماداً على الافتراض الأساسى لها فى أن مساعدة المرضى على حل صراعاتهم النفسية اللاشعورية وما يرتبط بها من ظروف مرضية كالسكر والبدانة

وأمراض أخرى عديدة. وقد قدم بيننبيكر وآخرون pennebaker et al 1998 مثالاً متكاملاً يوضح كيف أن مدخل العلاج النفسى ربما يدعم ويعزز الصحة، فقد طلب من طلاب الجامعة أن يكتبوا عن خبراتهم الأكثر إيلاماً فى حياتهم على مدار أربعة أيام متعاقبة بدون إنقطاع، وفى اتساق مع النموذج السيكودينامى، تم جعل المفحوصين يعبرون عن مشاعرهم تخفيفاً للصراع الانفعالى المكبوت، وتقليلاً للتكلفة السيكولوجية للسلوك المكبوت، وجد الباحثون أن المفحوصين الذين كتبوا عن تجاربهم أظهورا مناعة أكبر وكان متوسط عدد زيارتهم للمراكز الصحية أقل مما قام به المفحوصين فى المجموعة الضابطة. ولما أرسى العلاج السلوكى والمعرفى دعائمه بدءاً من الطرق القائمة على الإشراط الكلاسيكى لبافلوف ومروراً بالإشراط الإجرائى لسكز حتى العلاج المعرفى باستراتيجياته المختلفة بدأ استخدامها كثيراً للوقاية من، وعلاج الحالات الطبية المرتبطة بالتوتر ومن بين هذه النماذج التى تستخدم على نطاق واسع فى الوقت الراهن التدريب على الاسترخاء والتغذية البيولوجية المرتدة وغيرهما.

أولاً: التدريب على الاسترخاء:

يعد الاسترخاء المتحرر progressive relaxtion أو التقدمى أكثر طرق الاسترخاء استخداماً فى علاج الاضطرابات المرتبطة بالتوتر. وهذا الأسلوب مشتق من أسلوب ابتدعه جاكوبسون (١٩٣٨) يعتمد على تعليم المريض شد وإرخاء عضلات جسمه بشكل منتظم وفى الوقت ذاته يركز انتباهه على المشاعر المختلفة التى يحس بها، وهنا تفيد إجراءات التوتر والاسترخاء فى زيادة انتباه ويقظة الفرد لمشاعر التوتر وبديلتها (مشاعر الاسترخاء)، ويستغرق الأسلوب المختصر ما بين ٤-١٠ جلسات ويدعم دور الاسترخاء لأنه يقحم الجانب المعرفى فى الاسترخاء ويحسن الاستفادة منه، وعلى النقيض من ذلك يستغرق أسلوب جاكوبسون شهوراً حتى سنوات إلى أن يتقنه المريض كما أنه بدنى محض أى مقصور على الناحية الجسمية ويتجاهل الناحية المعرفية ويقوم على اكتساب مهارة الاسترخاء العضلى. ويستخدم الاسترخاء المتحرر كمهارة مواجهة نشطة يتعلم من خلالها المرضى تحديد العلامات أو الإشارات الإنذارية والتحذيرية للتوتر والاستجابة لها باستخدام مهاراتهم فى الاسترخاء.

كما يعد التأمل الفائق (متجاوز الحد) Transeendental meditation أحد الصور الأخرى للتدريب على الاسترخاء، وقد طور بنسون Benson 1975 صورة مختصرة ومبسطة للتأمل الفائق حيث يبقى الفرد من خلال هذا الأسلوب مرتاحاً فى بيئة هادئة ويأخذ على عاتقة اتجاهاً سلبياً ناحية قضايا التوتر، ويبقى يردد كلمة أو أنشودة أو أبياتاً من الشعر يفضلها وبصوت مرتفع، وأطلق بنسون على هذه الطريقة استجابة الاسترخاء relaxation response، واستخدمت بشكل نموذجى فى الطب السلوكى.

ويستخدم التدريب على الاسترخاء المتحرر بنجاح فى علاج مجموعة كبيرة ومتنوعة من الإضطرابات مثل بعض إضطرابات القلق، وأزمات الربو الشُعبى، والصداع التوترى، والصداع النصفى وفرط ضغط الدم، وذوى النمط السلوكى (أ)، والألم المزمن أو المستمر والأرق، كما يفيد التدريب على الاسترخاء فى تخفيف معاناة وأسى مرضى السرطان، فحوالى ٢٥٪ من مرضى السرطان الخاضعين لعلاج كيميائى كان لديهخم نفور وكراهية لهذا النوع من العلاج (الكيميائى)، حيث كانوا يصابون بالإسهال والقئ قبل تعاطى الجرعة العلاجية، وأحياناً يصيبهم ذلك أثناء توجههم للمستشفى وعند اقترابهم منه أو عند رؤية الممرضة التى تحقنهم بالعقار أو حتى عندما يتحدثون عما يتعاطوه من علاج كيميائى، وتستخدم لذلك العقاقير المضادة للقيىء والإسهال للتحكم فى هذه الأعراض، كما استخدمت لذلك فنيات سيكولوجية كالتنويم المغناطيس وطرقاً متباينة من الاسترخاء، والتخيل الموجه، وقد وجد أن الاسترخاء كمكّون أولى لهذه الإجراءات يخفض التوتر بشكل ثابت.

(Wilson, G.T et al, 1996)

كما توجد أساليب أخرى للاسترخاء كالاسترخاء الصناعى عن طريق استخدام خليط من الاكسجين وثانى أكسيد الكربون يستنشقه الفرد الذى يحتاج إلى الاسترخاء فى موقف العلاج، وكذلك يمكن إحداث حالة الاسترخاء عن طريق استخدام الأدوية المهدئة لفترة مؤقتة من العلاج (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨).

ثانياً: التغذية البيولوجية المرتدة: Biofeedback .

حتى نهاية الستينات من القرن العشرين كان العلماء يعتقدون أن الوظائف الفسيولوجية التى تُنظم بواسطة الجهاز العصبى المستقل مثل ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب يمكن تشريطها كلاسيكياً، ولكن لا يمكن إخضاعها لعملية الضبط من خلال التشريط الإجرائى المباشر. وفى سلسلة من الدراسات المثيرة قام بها ميللر Miller 1969 استطاع أن يوضح كيف يمكن للتشريط الإجرائى أن يعدل مباشرة من استجابات الجهاز العصبى المستقل، وتضمنت التجربة النموذجية لبيان ذلك فى الفئران تلك التغيرات الفورية فى الاستجابات التلقائية التى يمكن تشكيلها أو إتْباعها بنتائج مدعمة، وتحت هذه الظروف تعلمت الفئران أن تزيد أو تقلل من نبضات القلب، تلك الوظيفة التى كانت تعد فيما سبق لا إرادية بحتة. وفى هذه التجارب تلقى الفأر الحقن بمادة الكورار Curare (وهو عقار يستخدم لإحداث استرخاء فى العضلات)، وظل الفأر حياً بواسطة التنفس الصناعى، وعن طريق الاسترخاء أو الشلل العضلى تمكن الباحثون من الكشف عن تفسيرات بديلة للتغيرات الملحوظة فى ضربات القلب بواسطة الآثار غير المباشرة للنشاط العضلى وأنماطِ التنفس البديلة، وتم مكافأة أو تعزيز الفأر بواسطة الإثارة الكهربائية المباشرة لمراكز اللذة فى المخ.

هذا وقد فشلت الدراسات اللاحقة على الحيوانات فى تكرار وإحراز نفس النتائج مما أدى إلى طرح العديد من التساؤلات حول حقيقة الضبط الإجرائى المباشر للاستجابات التلقائية، ومع ذلك أدت أبحاث ميللر الى تطور طرق الإشراط الإجرائى التى يمكن أن تُستخدم فى تعديل سلسلة كبيرة من الاستجابات الفسيولوجية فى الإنسان مثل تغيير درجة حرارة الجسم، والتحكم فى معدل ضربات القلب، وبطء أو ثبات الفعل المنعكس السيكوجلفانى، ضغط الدم الانقباضى والانبساطى واستجابات الأوعية الدموية وأصبحت هذه الطرق معروفة بالتغذية البيولوجية المرتدة.

ويعرف ولسون وآخرون Wilson, G.T. et al 1996 التغذية البيولوجية المرتدة بأنها التعديل للاستجابات الفسيولوجية مثل ضغط الدم بواسطة التغذية المرتدة التى تجعل الشخص واع ومدرك لهذه العملية، كما يعرفها كاتكن وجولدبند

Katkin & Goldband 1980 بأنها أى اسلوب يستخدم الأدوات والأجهزة لإمداد الفرد بمعلومات مستمرة عن وظائفه الجسمية التى لا يكون على وعى بها بدون هذه الأجهزة، كما يعرفها فوللر Fuller 1980 بأنها إحدى الوسائل العلاجية التى يتم خلالها الاستفادة من الكم المتنامى من المعرفة البشرية وخاصة ما يتصل منها بالعلاج السلوكى والطب الجسمى، أو هى عملية التعلم التى تتم بواسطة أجهزة الكترونية معقدة لإمداد المريض بمعلومات وافية عن حالته الفسيولوجية التى لا يعى درجة تواترها حتى يصبح نشطاً فى العملية العلاجية ويحافظ على صحته (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨). وتراقب الأجهزة المستخدمة فى التغذية البيولوجية المرتدة باستمرار الاستجابات الفسيولوجية وتحولها إلى إشارات ضوئية أو صوتية يدركها الفرد بسهولة لأنه من الصعب جداً الكشف عن تفسيرات النتائج (مثل التغيرات التى تحدث فى ضربات القلب) فى ضوء مؤثرات وسيطة غير مباشرة (مثل التنفس والاستجابات العضلية الأخرى، ولذلك يشبه محمد الحجار (١٩٩٠) دور التغذية البيولوجية المرتدة بدور التعزيز والتوجيه للشخص معصوب العينين الذى يتدرب على إصابة الهدف باستخدام السهم، فبدون التوجيه المناسب لن يحالفه الحظ إطلاقاً بإصابة هدفه، ولكن من خلال التغذية المرتدة التى ترشده إلى تصحيح أخطاءه حتى يصيب هدفه، وتعد الأجهزة المستخدمة بمثابة المرشد أو المعزز فى البداية، وتدريجياً من خلال التدريب والأنواع المختلفة من التعزيز والتدعيم يتعلم الفرد كيف يبقى هذه القدرة بدون عون تلك الأجهزة ومن ثم يصبح أكثر سيطرة على تغيراته الفسيولوجية المرتبطة بالتوتر، إن مثل هذه السيطرة يمكن إكسابها بتعامل الفرد مع تلك الأجهزة والتدريب عليها مع تطبيق استراتيجية توليد الأفكار الذاتية outogenic الموحية بالاسترخاء والدفء ... إلخ. وبعدها يمكن أن نفطم المتدرب عن هذه الأجهزة تدريجياً عندما يتحقق الاتجاه المطلوب بالإرادة وما أن يتمكن المريض من خلق التغيرات المطلوبة من خلال استخدام ما يسمى علمياً بالعروة الداخلية Internal Loop حتى تصبح الأجهزة المعينة غير ضرورية.

ومن التطبيقات الناجحة والأكثر شيوعاً للتغذية البيولوجية المرتدة استخدامها فى علاج الصداع الناتج عن التوتر Tension Headache فقد ذكر ٣١٪ من الذكور، ٤٤٪ من الإناث فى المجتمع العام أنهم يعانون من صداع شديد وقاس،

كما كشفت دراسة على طلاب الجامعة أن أكثر من ٥٠٪ منهم يعانون من أنواع مختلفة من الصداع على الأقل مرة أو مرتين فى الأسبوع، ومازال السبب الرئيسى للصداع التوترى غامض وغير معروف. فربما ينشأ عن تقلص وانقباض فى عضلات الوجه والرأس والعنق والكتفين كاستجابة للتوتر النفسى، ويتضمن العلاج تقديم تغذية مرتدة سمعية وبصرية تتعلق بتوتر العضلات الذى يمكن ملاحظته من خلال ما يسمى بالرسم الكهربائى للعضلة، ويتمثل الإجراء المثالى لذلك فى تثبيت قطب كهربائى بمقدمة الرأس وتزويد المريض بمعلومات سمعية وبصرية مستمرة توضح درجة انخفاض التوتر العضلى لديه وخاصة فى منطقة الرأس والعنق، حيث يركز العلاج على وعى المريض وعلى قدرته على التمييز بين توتر هذه العضلات وإرخاءها وتعلم إضعاف توتر العضلات فى جميع أنحاء الجسم، وعندما يتعلم المريض تحقيق مثل هذا الإرخاء إزاء المنبهات الموترة فإن الصداع يزول ويتلاشى، وقد أصبح استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الصداع المزمن إسلوباً مقنناً ومعترفاً بفاعليته فى المراكز العلاجية ومن قبل الاخصائيين مهما كانت أسبابه العضوية، وليس معنى ذلك أنها أكثر فعالية من طرق العلاج النفسى البديلة كالتدريب على الاسترخاء أو استراتيجيات المواجهة المعرفية. ومازال تفسير ميكانزمات الأداء للتغذية البيولوجية المرتدة محل جدال وخلاف، فالتفسير الأصلى يقول أن التغذية المرتدة تقلل التوتر العضلى المسبب للصداع، ومع ذلك لم يرتبط العلاج الناجح للصداع التوترى بتغيرات فى درجة التوتر العضلى بمقدمة الرأس، ولا تفيد التغذية البيولوجية، المرتدة مباشرة من خلال تغيير الاستجابة الفسيولوجية فحسب، بل أنها تفيد أيضاً فى كونها تسبب تغيرات فى الميكانزمات المعرفية للمريض مثل فاعلية الذات لمواجهة التوتر الذى يقلل الصداع (Holroyd et al, 1984).

ويجب أن تتميز الأجهزة المستخدمة فى العلاج بالتغذية البيولوجية المرتدة بالأمان وكفاءة الأداء ومن الأجهزة المعروفة الآن: جهاز التخطيط الكهربائى للعضلات، والتخطيط الكهربائى للدماغ، وجهاز الرسم الكهربائى لوظائف القلب، والمقاوم الحرارى، وجهاز استجابة الجلد الجلفانية ... وغيرها (لمزيد من المعلومات راجع محروس الشناوى ومحمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨).

التدخلات المستخدمة فى حالة تعدد عوامل الخطر:-

وصفنا إلى حد بعيد كيف يمكن علاج الأفراد المعرضين لعوامل خطرة تصيبهم بالعلل والأوبئة، ولكن يبدو واضحاً أن أكثر طرق العلاج فعالية تلك التى تهدف إلى الحد من تأثير العوامل المتعددة للخطر كما فى حالة الحد من حدوث أمراض القلب المزمنة، والأهم من ذلك يجب أن تهدف هذه التدخلات مساعدة المجتمع ككل وليس مجرد فرد بعينه. ومن أكثر التدخلات المعروفة نجاحاً فى هذا السياق دراسة ستانفورد للمجموعات الثلاثة Stanford Three-Community Study، وفى هذا العمل الرائد قام الباحثون بتقدير تأثير برنامج للتدخل واسع المدى فى الحد من خطر الإصابة بأمراض القلب فى مجتمعين صغيرى العدد فى كاليفورنيا، أحد المجتمعين وهم الجيلروى Gilroy تلقى تدخلاً يعتمد على العلاج الطبى، المجتمع الثاني وهو مجتمع واطسونفيل Watsonvile تلقى تدخلاً إضافياً يتضمن برنامجاً مكثفاً يشتمل على الإرشاد أو التعليم وجهاً لوجه لتغيير سلوك المشاركين الذين تم الحكم عليهم على أنهم يعانون من تعدد عوامل الخطر للإصابة بأمراض القلب، واشتملت الدراسة على تصميم شبه تجريبى نظراً لصعوبة تحقيق التكافؤ بين المجتمعات طبقاً لمتطلبات التصميم التجريبى.

ولتقدير تأثير عملية التدخل، تم جمع معلومات بطريقة المسح عند نقطة قاعدية والمتابعة سنوياً لعينة عشوائية تتراوح أعمارهم بين ٣٥ - ٥٩ سنة فى كل المجتمعات الثلاثة، ويتكون كل مسح من مقابلة سلوكية وفحص طبى لكل حالة على حدة، وتقيس المقابلة السلوكية معرفة الفرد والتغيرات التى طرأت (بناء على تقريره الذاتى) فى عوامل الخطر المعرض لها، أما الفحص الطبى فيشتمل على قياس معدل كولسترول البلازما، وتركيز الجليسريد الثلاثى Triglyceride، وضغط الدم، والوزن التقريبى، والتخطيط الكهربائي للقلب. وتم دمج كل من النتائج السلوكية والطبية فى عامل مخاطرة واحد بناء على توصيات دراسة فرامينجهام للقلب التى تتنبأ بتوقعات الفرد حول تطور أمراض القلب لديه خلال الاثنا عشر عاماً التالية.

أما محتوى برنامج التدخل فقد بُنى على النظرية السلوكية المعرفية، وقواعد ضبط الذات فى النظريات السلوكية مثل توجيه الذات، والنمذجة، والتدعيم. وقدمت

الحملة الإعلامية بكل من الإنجليزية والأسبانية باستخدام العديد من الأدوات الوسيطة، وعلى مدار عامين، ومن خلال ثلاث ساعات من البرامج التلفزيونية وانتاج أكثر من ٥٠ إعلان تجارى، ومائة نقطة إذاعية قدمت العديد من ساعات البرامج المسموعة، وأعمدة الجرائد الأسبوعية، والإعلانات والقصص الصحفية وتم طبع هذه المادة وإرسالها بأكثر من طريقة إلى المشاركين مباشرة، كما تم وضع معلقات فى مواقف الأتوبيسات والمحلات، وأماكن العمل. أما المقابلة وجهاً لوجه فقد تمت مع ١٠٧ فرداً من ذوى عوامل الخطر المرتفعة وأزواجهم أو زوجاتهم فى مجتمع واطسونفل وذلك فى برنامج لمدة عشر أسابيع تتم فيه المقابلة أسبوعياً ونصف شهرياً، وقام بهذه المقابلات معالجين جامعيين تلقوا أربعة أسابيع من التدريب على طرق الإرشاد.

وأوضحت النتائج أن الأفراد فى كل من مجتمعى التدخل جليروى وواطسونفيل قد اكتسبوا طرق تعامل جيدة مع المعلومات المرتبطة بعوامل الخطر المسببة لأمراض القلب، كما أدت التدخلات فى مجتمع جيلروى إلى تغيرات فى استهلاك الأفراد للأطعمة المحتوية على الدهون والكولسترول، فى حين حقق المشاركين فى مجتمع واطسونفيل نتائج أفضل بعد ثلاث سنوات وانخفض خطر الإصابة بأمراض القلب بوضوح، واتضح ذلك بشكل أفضل من خفض معدل تدخين السجاير. وبالمقارنة مع المجموعة الضابطة حقق أفراد المجتمعات التجريبية خفضاً واضحاً فى ضغط الدم الانقباضى، ومعدل الكولسترول الدهنى، ومعدل كولسترول البلازما.

وفى الدراسة الأكثر حداثة للمدن الخمس فى ستانفورد صممت الخطة لإعادة وتحديد ما تم فى دراسة المجتمعات الثلاثة. حيث شمل مشروع المدن الخمس تدخلاً لمدد أطول (خمس أو ست سنوات مقابل عامين فقط) والوصول إلى عينة أكثر تنوعاً، والتركيز أكثر على أفراد المجتمع الأصلى لتعزيزهم على السلوك الصحى، وتلقت مدينتى مونتيرى Monterey، وساليناز Salinas تعليماً مستمراً حول عوامل الخطر المرتبطة بأمراض القلب، وتركز الاهتمام حول خفض معدلات الكولسترول، وضغط الدم ووزن الجسم ومعدل تدخين السجاير وزيادة النشاط الجسمي. وبُنيت الجهود التعليمية هنا على بعض أسس وقواعد

التعلم الاجتماعي المستخدمة في الدراسة السابقة وتشمل استخدام التلفزيون والراديو والصحف والمراسلات البريدية المباشرة، والمقابلة مع الجماعة والعمل الجماعي وتغييرات في المنهج المدرسي، في حين بقيت المدن الثلاثة الأخرى (موديستو، سان لويس، سانتا ماريا) دون أن تتلقى أي تدخلات كمجموعات ضابطة.

وقد أكدت نتائج دراسة المدن الخمس ما توصلت إليه دراسة المجتمعات الثلاثة وصدقت عليه في تبديل عوامل الخطر للإصابة بأمراض القلب، حيث أظهر المواطنون المقيمون في كلا المدينتين اللتين تعرضتا للحملة الإعلامية خفضاً واضحاً في كولسترول البلازما، وضغط الدم، ومعدل تدخين السجاير عما هو في المدن الثلاثة الأخرى، وترتب على ذلك خفض في معدل الإصابة بأمراض القلب بنسبة ١٦٪، أما عن تأثير خفض الوزن فكان غير ذات قيمة أو معنى.

ولقد تأكدت قيمة التدخلات المكثفة للتغلب على عوامل الخطر المتعددة في الحد من خطورة أمراض القلب في دراسة حديثة بشكل مثير وواضح، تلك الدراسة التي قام بها هاسكل ورفاقه Haskell et al 1994، وشملت الدراسة ٣٠٠ رجل وامرأة يعانون من أمراض الشريان التاجي، وتم اختيارهم عشوائيا إما للمشاركة في برامج خفض عوامل الخطر المتعددة أو لتلقى الرعاية العادية من الأطباء. وتكون برنامج خفض عوامل الخطر من تدريب للأفراد على خفض معدل الدهون، خفض الوزن، زيادة التمرينات الرياضية، والتوقف عن تدخين السجاير، وعلى مدار أربعة سنوات استمتع المرضى بتحسن واضح من جراء خفض كل عوامل المخاطرة في حين كان خفض الوزن أقلها (-٤٪)، أما المرضى الذين تلقوا علاج طبي روتيني فشلوا في خفض عوامل الخطر، حيث حقق برنامج خفض عوامل الخطر نقصاً واضحاً في ضيق الشريان التاجي وحرية أكبر في تدفق الدم خلاله، كما خفض من عدد المراجعين للمستشفى بسبب مشكلات القلب.

المراجـــع

ريتشـــارد ســـوين : علم الأمراض النفسية والعقلية - ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة - دار النهضة العربية - القاهرة ١٩٧٩.

ســـامى الدريعـــى : الفروق بين مرضى السكر والأسوياء فى الاستجابة لأحداث الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة - مركز الأمير نايف للدراسات الأمنية - الرياض - السعودية ١٩٩٧.

مايســـه النيـــال، وهشـــام عبـــد اللـــه : أساليب مواجهة ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها ببعض الإضطرابات الانفعالية لدى عينه من طلاب وطالبات جامعة قطر، المؤتمر الدولى الرابع للإرشاد النفسى - جامعة عين شمس، ديسمبر ١٩٩٧.

محمـــد أحمـــد غـــالى، ورجـــاء أبـــو عـــلام : القلق وأمراض الجسم (ط١): مطبعة الخليوى - دمشق سوريا، ١٩٧٢.

محمـــد الحجـــار : فن العلاج فى الطب النفسى السلوكى - دار العلم للملايين بيروت، ١٩٩٠.

محمد السيد عبد الرحمن، فوقية حسن عبد الحميد : مقياس النمط السلوكى (أ) - النهضة العربية القاهرة - ١٩٩٨.

محمد السيد عبد الرحمن : المقياس الشامل لسلوك ذوى النمط (أ) - تحت الإعداد.

محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية - الانجلو المصرية - القاهرة: ١٩٩٤.

محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن : العلاج السلوكى الحديث - دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع - القاهرة ١٩٩٨.

محمد مهدى محمود : العلاقة بين أنماط الشخصية وأمراض القلب مجلة القافلة، يوليو/ أغسطس ١٩٩٤.

- Adams, H.E & Sutker (Eds): Comperhensive Handbook of psychpathology, plenum press, New York and London, 1984.

- American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th.ed), Washington, Dc: 1994.

- Anderson, N.B,; McNeilly, M., & Myers, h.; Autonomic reactivity and hypertension in Blacks: A review and proposed model. Ethnicity and Disease, 1, 1991.

- Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G., & Williams, R. G.; Hostility, CHD incidence and total mortality: A 25-year follow up study of 255 physicians. Psychosomatic Medicine, 245, 1983.

- Benson, H. The relaxation response. New York: Morrow, 1975.

- Bower, B., Depression boosts blood-vessel disease. Science News, 141, 1992.

- Cohen, F., Horowitz, M., Lazarus, R., Moos, R., Robins, L., Rose, R., & Rutter, M.; Panel report of psychosocial assets. In G.R. Elliot & C. Eisdorfer (Eds), Stress and human health: Analysis and implications of research, New York: Springer-Verlag, 1982.

- Cohen, S., Tyrrell, D. A. J., & Smith, A. P.; Psychological stress and sysceptibility to the common cold. New England, Journal of Medicine, 325, 1991.

- Cohen, S & Wills, T.A.: Stress, social suport and the bulfering hypothesis, psychological Bulletin, 98, 2, 1985.

- Cox, B. J., Swinson, R. P., Parker, J. D. A., Kuch, K., &Reichman, J. T. Confirmatory factor analysis of the Fear Questionnaire in panic disorder with agoraphobia, Psychological Assessment, 5, 1993.

- Cox, D. J., Goner- Frederick, L. A., Clarke, W. L., & Carter, W. R.; Effects of acute experimental stressors on insulin-dependent diabetes mellitus. Paper presented at the meetings of the American Diabetes Association, New Orleans, 1988.

- Epstein, L. H., Klein, K. R., & Wisniewski, L. Child and parent factors that influence psychological problems in obese children. International Journal of Eating Disorders, 15, 1994.

- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. A., & McCurley, J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. Health Psychology, 13, 1994.

- Glasgow, R. E., & Lichtenstein, E. Long-term effects of behavioral smoking cessation interventions. Behavior Therapy, 18, 1987.

- Goetsch, V.L. Stress and blood glucose in diabetes mellitus: A review and methodolgical commentary. Annals of Behavioral Medicine, 1, 1987.

- Haggloff, B., Blom, L., Dahlquist, G., Lonnberg, G., & Sahlin, B.; The Swedish childhood diabetes study: Indications of severe psychological stress as a risk factor for Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus in childhood. Diabetologia, 34, 1991.

- Haskell, W. L., Alderman, E. L., Fair, J. M., Maron, D. J.,Mackey, F., Superko, H. R., Williams, P. T., Johnstone, I. M., Champagne , M. A., & Krauss, R. M.; Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: The Stanford Coronaty Risk Intercention Project (SCRIP). Circulation, 89, 1994.

- Holroyd, K., Penzien, D., Hursey, K., Tobin, D., Rogers, L., Holm, J., Marcille, P., Hall, J., & Chial, A. Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1984.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. Synopsts of psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry (6th ed.) Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1991.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. Pocket handbook of psychiatric drugtreatment. Baltiomre, Md: Williams & Wilkins, 1993.

- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkema, K. J., & Kalichman, S. C.; Psychologyical interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. American Psychologist, 48, 1993.

- Lyketsops, C. G., Hoover, D. R., Guccione, M., Senterfitt, W., Dew, M. A., Wesch, J., van Raden, M. J., Treisman, G. J., & Morgenstern, H.; Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Journal of the American Medical Association, 270, 1993.

- Martin, J. L., The impact of AIDS on gay male sexual behavior patterns in New York City. American Journal of Public Health, 77, 1987.

- Menkes, M. S., Matthews, K. A., Krantz, D. S., Lundberg, U., Mead, L. A., Qaqish, B., Liang, K. Y., Thomas, C. B., & Pearson, T. A., Cardiovascular reactivity to the cold pressor test as a predictor of hypertension. Hypertension, 14, 1987.

- Miller, N. E., Learning of visceral and glandular responses. Science, 163, 1969.

- Schwartz. G. E., & Beatty, J. Biofeedback: Theory and research.; New York: Academic Press, 1977.

- Stein, M., Keller, S. E., & Schleifer, S. J. Sttess and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function. Journal of Immunlolgy, 135, 1985.

- Stunkard, A. J.; Perspectives on human obesity. In A. J. Stunkard & A. Baum (Eds.) Perspectives in behavioral medicine Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1989.

- Vaillant, G. E.; Natural history of male psychological health. New England Journal of Medicine, 301, 1979.

- Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., & Foster, G. D.; Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: A five-year perspective. International Journal of Obesity, 13, 1989.

- Wiedenfeld, S. A., O'leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K.; Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. Unpublished manuscript, Stanford University, 1989.

- Wilson, G.Terence, nathon, Peter, E., O'leary, K.Daniel and Clark, Lee Anna: Abnormal Psychology Integrating Perspective, Allyn and Bacon, boston, 1996.



الفصل السادس

اضطرابات الشخصية

ترجع البدايات الأولى لدراسة اضطرابات الشخصية إلى العالم الفرنسي بينل الذى يعد أول من قدم مفهوم الخبل غير المصحوب بضلالات manie sans delire والخبل الأخلاقى moral insanity حيث يقدم المصطلح وصفاً لسلوكيات غير مناسبة فى أشخاص غير مصابين بنقص أو قصور فى الذكاء، على سبيل المثال كالانفجار الانفعالى غير المنطقى أو السرقة القسرية، وعدم التحكم فى الكذب، كما قدم فرويد وغيره من رواد السيكودينامية وصفاً لعدد من الاضطرابات مثل الميلانخوليا، والمازوخية، والهستريا، والنرجسية، والفوبيا، والوساوس القهرية، كما قدم كورت شنايدر مايين عامى ١٩٣٤ ، ١٩٥٨ تعريفاً لعشر أنماط شخصية مثل: غير المستقر (غير الواثق من ذاته)، والباحث عن جذب الانتباه، والشخصية غير المتسقة إنفعالياً. واستمر تطوير تحديد ووصف اضطرابات الشخصية إلى أن جاء الإصدار الرابع من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية الذى يحدد المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية فى ضوء أنماط الشخصية personality type وليست سمات الشخصية personality traits، والمنطق العام فى ذلك أن السمة وحيدة البعد، وتصف الشخص بقدر ما، على سبيل المثال بعض الناس يكون عدوانى جداً، والبعض الآخر ليس بهذه الشاكله (مُسالم جداً) ومعظم الناس يقعون فى نقاط وسط على الخط الواصل بين السمتين، أما نمط الشخصية فهو على العكس يقدم وصفا تجميعياً مطلقاً وحاسماً Categorical عن الملامح والصفات الملفتة للنظر، فإذا قلنا أن "س" من الناس "شخصية وسواسية" على سبيل المثال فإننا نكون قد قدمنا وصفاً لهذا الشخص طبقاً لملمح وحيد وقوى فى سلوكه ولكن إذا قلنا أن "س" هذا لديه العديد من السمات الوسواسية نكون قد ذكرنا جانباً واحداً من كل شخصيته. ولذلك فإن DSM. IV, 1994 يصنف اضطرابات الشخصية مستخدماً نظاماً تجميعياً مطلقاً Categorical system بناءً على أنماط الشخصية، وفى ضوء تعبير المريض عن أعراضه مثل:

أ ـ الأعراض المتوافقة مع الأنا Ego-Syntonic: حيث لا يرى المريض أن لديه أى شىء بحاجة إلى تغيير، ويظل يراوده اعتقاد بأن اضطراباته ما هى إلا نتيجة للعالم الشاذ من حوله.

ب ـ الأعراض غير المتوافقه مع الأنا Ego-dystonic: حيث يبدى المريض انزعاجاً من الأعراض التى تستثيرها ذاته لكنه غير قادر على تبديل سلوكه.

ويقدم الدليل الرابع فى هذا السياق عشرة اضطرابات تم تقسيمها إلى ثلاث مجموعات Clusters على النحو الأتى:ـ

المجموعة (أ): Cluster A: وتشمل اضطرابات الشخصية ذات الخصائص الشاذة odd وغريبة الأطوار eccentric مثل اضطرابات الشخصية البارانويديه، والفصامية، وفصامية النمط.

المجموعة (ب) Cluster B: وتشمل اضطرابات الشخصية ذات الخصائص الدرامية (المثيرة) ، والإنفعالية، وغريبة الأطوار Erratic مثل اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع، والشخصية الحدية والهستيرية، والنرجسية.

المجموعة (ج) Cluster C: وتشمل اضطرابات الشخصية الخائفة والقلقة مثل اضطرابات الشخصية التجنبية، والاعتمادية، والوسواسية القهرية.

وتشترك كل مجموعة فى عدد من الصفات أو الخصائص، وتميل لاستخدام نمط مشترك من حيل الدفاع النفسى، وفى ذات الوقت تتفرد كل شخصية بعدد من الخصائص المميزة لها عن الشخصيات الأخرى داخل المجموعة أو خارجها فالشخصية البارنويدية مثلاً شكاكه ولا تثق بالأخرين فى حين تنخلع الشخصية الفصامة من العلاقات الاجتماعية أما الشخصية فصامية النمط فتجد عدد من الصعوبات فى تكوين علاقات اجتماعية.

المحكات التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية:ـ

أ ـ نمط طويل المدى من الخبرة الداخلية والسلوك ينحرف بشكل واضح عما يتوقع فى ثقافة الفرد (المجتمع الذى يعيش فيه) ويظهر هذا النمط فى إثنين أو أكثر من المجالات الآتية:ـ

١ـ المعرفة cognition (أى طرق إدراك وتفسير الذات والأخرين والأحداث)

٢ـ الوجدان Affactivity (أى المدى والشدة والاستقرار والملائمة فى الاستجابة الانفعالية)

٣- الأداء البينشخصى (أى الخاص بالعلاقات مع الأخرين).

٤- ضبط الحافز (الرغبة) Impulse.

ب - هذا النمط طويل المدى يكون غير مرناً ومتغلغلاً فى مدى واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

ج - هذا النمط طويل المدى يؤدى إلى أسى (كرب) اكلينكى جوهرى أو قصور فى الأداء الاجتماعى أو المهنى أو غيرهما من مجالات الأداء الهامة.

د - وهذا النمط يكون مستقراً وذى أمد طويل، ويمكن إرجاع بدايته على الأقل للمراهقة أو بداية الرشد.

هـ - والنمط المستمر لا يمكن تفسيره بشكل أفضل للأثار الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثلاً عقار يُساء استخدامه، أو دواء) أو لحالة طبية عامة، (مثلاً إصابة بالرأس).

❁ مشكلات وقضايا تتعلق بتصنيف اضطرابات الشخصية:-

بعد أن أصبح لدينا الآن أساس لتصنيف اضطرابات الشخصية فى ضوء DSM- IV يمكننا العودة لبعض القضايا الهامة التى تظهر عند دراستنا لهذه التشخيصات، درجة انتشارها، ثباتها، صدقها، والنظم البديلة للتشخيص.

وبائيات اضطرابات الشخصية:-

نسبة الانتشار: ما مدى شيوع اضطرابات الشخصية؟ تفتقر الدراسات التى تتناول اضطرابات الشخصية إلى أدوات القياس التى تتمتع بالثبات الكاف، ويعد ذلك أحد العوامل التى تعرقل هذه الدراسات، إلا أن المراجعة الحديثة للأُطر النظرية فى هذا المجال بواسطة ويزمان Weissman 1993 وجدت معدلات ثبات ملحوظة لاضطرابات الشخصية عبر الجنسيات المختلفة بصرف النظر عن عينات الدراسة ومنهجها، ففى مسوح تمت على مجتمعات محلية فى كل من أمريكا، وكندا، ونيوزلاندا، والدول الاسكندنافيه وجدت أن معدلات أى اضطراب من اضطرابات الشخصية على مدار الحياة تترأوح بين ١٠ - ١٣٪ أو بمعنى آخر أن

واحداً من كل ثمانية إلى عشر أشخاص ربما يشخص على أنه يعانى اضطرابا ما فى الشخصية فى وقت مامن حياته. وقد تم الحصول على هذه المعدلات من دراسات مسحية لمنظمة الصحة العالمية استخدمت فيها اختبار اضطراب الشخصية personality Disorder examination (PDE) الذى أعده لورنجر Lorenger 1988 وهو عبارة عن مقابلة شبه مقننة تطورت فى البداية فى أمريكا ثم تمت ترجمتها إلى عدة لغات عالمية وعرفت باسم الاختبار الدولى لاضطرابات الشخصية international PDE (IPDE) بغرض استخدامها فى دراسات مسحية لاضطرابات الشخصية وتركز حول ستة مجالات للشخصية هى: العمل والذات، والعلاقات البينشخصية، والمشاعر، واختبار الواقع، وضبط الاندفاع. حيث يجيب المفحوص على اختبار موضوعى ثم أسئلة مفتوحة وبعدها يقوم الفاحص بإعداد تقريره النهائى فى ضوء كون السلوك (أو السمة): (صفر) طبيعى، (١) مبالغ فيها، (٢) مرضى. وعلى الرغم من أن الدليل التشخيصى والإحصائى DSM واسع الاستخدام فى أنحاء العالم إلا أن التصنيف الدولى للأمراض (ICD) الذى تعده منظمة الصحة العالمية يعد التشخيص الرسمى، لذلك شمل الاختبار الدولى لاضطرابات الشخصية محكات لكلا التصنيفين عددها ١٥٠ محك. وإذا لم يتناول المقياس السمات فإنه يستغرق حوالى دقيقة لكل محك أى أنه يستغرق زمن كلى حوالى ساعتان ونصف ولكن فى حالة قياس السلوك والسمات معاً فإن المقياس يستغرق زمن يتراوح بين ٣ - ٤ ساعات وفى هذه الحالة يفضل تقسيم زمن التطبيق إلى جلستين. وعندما ترجم الاختبار إلى الألمانية والفرنسية والهولندية، والهندية والإيطالية، واليابانية، والنرويجية والتاميل روعى أن تكون الترجمة مطابقة للأصل فى معناها وأجريت دراسات مسحية فى كل من استراليا، وانجلترا، وألمانيا والهند واليابان وكينيا ولوكسمبورج، ونيوزلاندا والنرويج وسويسرا والولايات المتحدة بعد تدريب مكثف للباحثين القائمين بالتطبيق على ٥٠ مريض تتراوح أعمارهم بين ٢١ - ٥٥ سنة تتم مقابلتهم فى كل دولة. وبلغ العدد الإجمالى للمرضى ٧١٦ مريض منهم ٢٤٣ تم مقابلتهم لحساب الثبات بإعادة التطبيق، ١٤١ مريض تم مقابلتهم بواسطة ملاحظين لتقدير الاتساق الداخلى للأداة، ولم توجد أى صعوبات فى المجتمعات المختلفة اكثر مما وجدت فى المجتمع

الأمريكى، وكانت أكثر الاضطرابات انتشاراً على مستوى العالم هما اضطراب الشخصية الحدية، والشخصية التجنبية اللذان يعدان الأكثر شيوعاً فى أمريكا أيضاً (loranger et al 1994).

وبمراجعة نتائج ثمان دراسات عن معدل انتشار اضطرابات الشخصية بين العينات المرضية تناولت هذه الدراسة عينة تقترب من ١٤٠٠ مريض تم تشخيصهم في ضوء محكات DSM، وتراوحت نسبة اضطرابات الشخصية بين أقلها انتشاراً (٢٪) وهو اضطراب الشخصية الفصامية وحتى أكثرها انتشاراً (٢١٪) وهو اضطراب الشخصية الحدية، وكانت نسبة انتشار الاضطرابات بين المرضى المترددين على العيادات الخارجية أقل من معدلها بين المرضى المنومين التى وصلت أقصاها فى إحدى الدراسات ٦٤٪ لكل من اضطراب الشخصية الحدية وفصامية النمط فقط. وفى إحدى الدراسات التى أجريت على عدد كبير من المرضى السيكتريين تم تقيمهم خلال سبع سنوات (١٩٨٣ ــ ١٩٨٩) كان اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يمثل (٢٠٪) واضطراب الشخصية الحدية يمثل (١٥٪) (Fabrega et al, 1991).

وتعكس اضطرابات الشخصية بوضوح ما يعانيه الناس من مشكلات على المدى البعيد، وخصائص أنماطهم السلوكية، وليس مجرد الأحداث والصعوبات العارضة والزائلة، ولكن هذه النتائج توضح إن اضطرابات الشخصية تمثل مشكلة إجتماعية وتشخيصية هامة.

علاقة اضطرابات الشخصية باضطرابات المحور (١): من الملاحظات الجديرة بالاعتبار ما أشارت إليه الملاحظات حول التداخل بين اضطرابات الشخصية والأنماط الأخرى من الاضطرابات النقية، وعلى سبيل المثال أوضحت دراسة فبريجا وأخرون (١٩٩١) أن حوالى ٨٠٪ من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، تم تشخيص اضطرابات المحور (١) لديهم، ويبدو أن كل الفئات الأساسية من الاضطرابات تتداخل بشكل متكرر مع اضطرابات الشخصية ويشمل ذلك الاكتئاب الأساسى، والاغتمام، والهلع واضطرابات القلق، واضطرابات الصورة الجسمية، واضطرابات إساءة استعمال العقاقير،

واضطرابات الأكل. والأخطر من ذلك أن وجود اضطراب الشخصية يرتبط دوماً بقصور اجتماعي خطير يشتمل الافتقار إلى المساندة الاجتماعية والعجز عن تقديمها، وحدة المرض النفسي، وبطء أو عدم الاستجابة للعلاج. وتدعم هذه النتائج وجهة نظر واضعي DSM بفصل اضطرابات الشخصية ووضعها ضمن أبعاد المحور (II).

❁ الثبـات:

يقصد بالثبات أن يعطينا الاختبار نفس النتائج إذا أعيد تطبيقة على نفس الأفراد بعد فترة من الزمن، وفي حالة تشخيص اضطرابات الشخصية يكون من المهم وجود درجة مناسبة من الثبات في هذه الحالة ويتم قياس ذلك عادة بطريقتين هما:

١ـ ثبات التطابق interrater reliability: ويقاس بمدى التطابق بين تشخيص طبيبين أو أكثر على نفس المريض.

٢ ـ الثبات بإعادة التطبيق Test-retest: ويقاس بمدى التطابق بين تشخيصين متتاليين لطبيب واحد على نفس المريض. ويعرف أحيانا بالثبات عبر الزمن.

وقد أجريت العديد من دراسات الثبات في مجال اضطرابات الشخصية، ومن خلال مراجعة لخمس عشرة دراسة تضمنت ١١٦ اختباراً لثبات المطابقة، وجد زيمرمان Zimmerman 1994 أن حوالي ٦٠٪ منها وجدوا درجة جيدة جداً من الثبات، وأن ٣٠٪ كان معدل ثباتها يتراوح بين المتوسط والمقبول. وفي تسع دراسات لحساب الثبات بإعادة التطبيق كانت النتائج مختلفة إلى حد ما، ففي أربعة دراسات منها كان الفاصل الزمني بين التطبيقين قصير (في حدود أسبوع) كانت نسبة الاتفاق جيدة في ٣٠٪ منها، وبين المتوسطة والمقبولة في ٤٠٪ منها وهو ما يعني أن الثبات عبر الزمن يكون ضعيف في ٣٠٪ من الحالات مقابل ١٠٪ في ثبات التطابق. فإذا كانت نسبة عدم الثبات بهذا الشكل مع قصر الفاصل الزمني بين التطبيقين فإن النسبة لا شك ستزداد مع زيادة الفاصل وهو ما يتعارض مع المحك الأول لتشخيص اضطرابات الشخصية.

المجموعة الأخرى من الدراسات (وعددها خمس دراسات) التي كان الفاصل الزمني بين التطبيقين فيها طويل نسبياً (ستة شهور في المتوسط) قدمت

نتائج أكثر ارتباكاً. حيث كان الثبات مرتفع فى ١٠٪ فقط، ويتراوح بين المتوسط والمقبول فى ٦٠٪. وقد يرجع عدم الثبات هنا إلى كون المريض واقع تحت العلاج ولكن هذا التفسير لا يمكن تعميمه على كل حالات عدم الثبات (Wilson, G.t. et al, 1996).

❁ **الصـــدق:**

لقد واجه صدق نظام التصنيف الراهن فى تشخيص اضطرابات الشخصية تحديات متكررة منذ ظهوره فى ١٩٨٠: فما هو الأساس التجريبى لهذه التحديات؟.

أولاً: يفترض نظام التصنيف أو التنميط أن الأشخاص الذين يقعون فى نفس الفئة يتشابهون بدرجة كبيرة - فهم يشتركون معاً فى الملامح السلوكية الأساسية المميزة للنمط، وحيث أن طرق التشخيص المستخدمة فى DSM-IV تشترط أن يكون لدى الفرد ما بين ٥ – ٩ محكات فإن هذا الافتراض عادة ما يُنتهك.

دعنا الآن ندرس بعض الأمثلة: نفترض أن شخص ما ينخرط فى السلوكيات الموصوفة فى المحكات من الأول إلى الخامس لأحد اضطرابات الشخصية وأن شخص آخر ينخرط فى السلوكيات الموصوفة فى المحكات من الخامس إلى التاسع لنفس الاضطراب، فى هذه الحالة فإن كلا الشخصين سوف يصنفان تحت نفس الاضطراب على الرغم من أنهما لا يشتركان معاً إلا فى محك واحد (رقم ٥). ومن القضايا المرتبطة بذلك هو أن نقرر عند أى نقطة نحدد وجود أو غياب اضطراب الشخصية، ولم تسفر أى دراسة عن تمييز واضح.

ثانياً: المشكلة الثانية فى تصنيف اضطرابات الشخصية تنحدر من الافتراض المنطقى القائل بأن معظم الأفراد يناسبون تماماً فئة وحيدة ولنستعير فى ذلك مثالاً من علم البيولوجى حيث يفترض أن معظم الحيوانات يمكن أن تصنف فى فئة الطيور أو الأسماك أو من الثدييات وغير ذلك، ولا تصنف كطائر وأسماك وثدييات فى نفس الوقت، أو نصف طائر / نصف أسماك أو ضمن الأسماك إلى حد ما وإلى حد كبير ضمن الثدييات. ويبدو هذا الافتراض منطقياً لأن الملامح المميزة للطيور، والأسماك، والثدييات غير متداخلة إلى حد كبير وغير متبادلة. فإذا كان هناك العديد من الأسماك التى تطير ولها فرو أو ريش، أو العديد من الطيور التى

تحمل ولا تبيض وتستطيع السباحة والعوم فقد نتساءل عن أهمية تصنيف الحيوانات في المقام الأول.

ولسوء الحظ فإن تصنيف اضطرابات الشخصية ليس أمراً قاطع الوضوح، وطبقاً لمراجعة ويدجر وروجرز Widiger & Rogers, 1989 فإن معظم الناس أو ٨٥٪ من الذين تتطابق خصائصهم مع المحكات التشخيصية لأحد اضطراب الشخصية قد تتطابق أيضاً مع واحداً على الأقل من الاضطرابات الأخرى للشخصية وهو ما يعني أن ١٥٪ فقط هي التي يتطابق تصنيفها مع اضطراباً واحداً بالتحديد، ونجد أن حوالي ١-٢٪ فقط منهم يمكن اعتبارهم نمط نموذجي Prototype، وعادة فإن الأنماط النموذجية هم أعضاء ذات نمط شائع جداً. ويساعد تكرار وجودهم في المساعدة على تحديد الفئة وتعريفها ولكن في حالة اضطرابات الشخصية تشكل الأنماط النموذجية مشكلة خطيرة.

ثالثاً: ومن التعقيدات الأخرى في تصنيف اضطرابات الشخصية هو أن معظم التشخصيات الشائع استخدامها ربما تكون من بين الفئات العشرة التي تم عرضها في DSM. IV، وبدلاً من ذلك فإن أغلبها يندرج تحت اضطرابات الشخصية غير المصنفة في موضع آخر ويرجع ذلك أما لكونها مختلطة أو شاذة، ففي عينة من ١٨٠٠٠ مريض كان حوالي ٣٠٪ منهم يعانون من اضطرابات الشخصية الشاذة (التي يصعب تصنيفها بدقة) atypical وكانت أكبر بكثير من اى اضطراب محدد. وبذلك يمكن أن نفهم وبدون تردد صعوبة تقسيم اضطرابات الشخصية إلى أنماط غير مترابطة (منفصلة ومستقلة)، أو أن ندرك أن ذلك ليس بالأمر اليسير.

رابعاً: مشكلة أخرى في تصنيف اضطرابات الشخصية تتمثل في صعوبة تحديد وتعريف الملامح الرئيسية لهذه الاضطرابات. ونتيجة لذلك يوجد عدم قبول إلى حد كبير لقياس أو تقدير تشخيصات محددة لأفراد من المرضى عند استخدام طرقاً متباينة، وعلى سبيل المثال فقد ستخدم سكودول وآخرون Skodol et al, 1991 قائمتين مختلفتين للمقابلة المقننة لتشخيص اضطرابات الشخصية لدى عينه قوامها ١٠٠ من المرضى المنومين. وعلى الرغم من أن كل مقابلة منهما ذات

ثبات جيد عندما استخدمت بمفردها (أى أنها أعطت نفس النتائج عندما أعيد استخدمها على نفس الأفراد) إلا أن درجة الاتفاق بين الأداتين لم ترقى لأكثر من المستوى المتوسط Fair، أى لم تتجاوز نسبة الاتفاق بين الأداتين على نفس التشخيص أكثر من ٥٠٪، وتمثل هذه العملية مشكلة سواء للباحثين أو الأخصائيين الاكلينيكيين، حيث يعنى ذلك أنه لا يوجد لدينا سوى قدر محدود من الثقة فى أن شخص ما تم تصنيفة فى أحد اضطرابات الشخصية بطريقة ما يمكن أن يشخص تحت نفس الاضطراب إذا استخدمت طريقة أخرى.

وبجمع هذه النتائج معاً يمكن أن نستنتج ما يلى إزاء تشخيص اضطرابات الشخصية:ـ

١- غير ثابت عبر الزمن.

٢- قد يحدث فى أفراد ذات خصائص متباينة أن يحصلوا على نفس التشخيص.

٣- وقد يحدث فى أفراد ذات خصائص متشابهة، ألا يحصلوا على نفس التشخيص.

٤- لا توجد حدود واضحة بين السواء والاضطراب.

٥- قد يحدث أن يحصل معظم الأفراد على تشخيصات متعددة أو مختلطة أو شاذة.

٦- لا يظهر سوى حد متوسط أو معقول من الاتفاق باختلاف طرق التشخيص.

وهذه الملاحظات تجعلنا نتساءل عن صدق نتائج الدراسات التى تتم على أفراد يعانون من اضطرابات الشخصية، وتجعلنا نتساءل أيضاً عما إذا كان من الأفضل العودة إلى مجال وحيد أو فردى من اضطراب الشخصية بدلاً اضطرابات محددة.

❀ المداخل البُعدية فى وصف اضطرابات الشخصية:

إذا أردت إلقاء ضوء عابراً على خصائص شخص ما تعرفه فربما تستخدم كلمة واحدة أو كلمتين، ولكن لكى تقدم وصفاً كاملاً لشخصية هذا الفرد تصبح فى حاجة إلى قائمة طويلة من المصطلحات وعلى سبيل المثال ربما تصف صديقك

بأنه ثرثار (كثير الكلام)، منعزل، مؤذ، مغامر، كريم، متعاون، نافع، تلقائى (صريح)، فظ، واثق من ذاته، ماهر، مبدع، وغيرها...

العديد من الباحثين في مجال اضطرابات الشخصية يعتقدون أنه ربما يكون من الأفضل استخدام النظام البُعدى Dimensional System، والذى يمكن من خلاله وصف شخصية الفرد باستخدام السمات بدلاً من الأنماط التشخيصية. وتم اقتراح العديد من المداخل البُعدية واتضح أن لها العديد من المميزات والفوائد:-

أولاً: أنها تتمتع بدرجة طيبة من المرونة فى وصف كل من المدى والتعقيد لما يميز شخصية الناس من خصائص ومشكلات. فالناس الذين يُشخصون الآن على أنهم يعانون من اضطرابات متعددة للشخصية (بناءً على نظام تصنيفى) يمكن وصفهم ببساطة بمدى واسع وعريض من السمات اللاتكيفية، والأشخاص الذين يحصلون الآن على اضطراب مختلط أو شاذ، يمكن تحديد بروفيل سماتهم الفردية.

ثانياً:ـــ الميزة الثانية التى يتمتع بها استخدام المدخل البُعدى فى مقابل المدخل التصنيفى (النمطى) تتضمن صعوبة تحديد الحدود الموضوعية الفاصلة بين اضطراب الشخصية والسوية، فالمداخل البُعدية لا تحل المشكلة فحسب، بل أنها لا تدع هناك فرصة لظهورها أصلاً وهى على الأقل تعرف جيداً هذه الحقيقة. فأحد الاقتراحات الخادعة هو الفصل بين قياس الشخصية وقياس محنها أو أحزانها distress وعجزها أو قصورها الوظيفى dysfunction فالأخيرة تستخدم أكثر فى تحديد مدى وجود أو غياب الاضطراب فى حين أن الأولى تستخدم لوصف الخصائص المتعلقة أو المميزة للشخص.

ثالثاً: ان استخدام النظام البُعدى يحل لغز أو غموض الكيفية التى يعرف بها اضطراب الشخصية على أنها أنماط أو قوالب ثابته تمثل أساليب تحمل أو صمود للشخصية" بالإضافة لذلك يوضح ضعف معامل الثبات باعادة التطبيق، فعدم الثبات المدرك ليس فى نمط الشخصية ذاته ولكنه مصطنع artifact ليستخدم للفصل والتمييز وإعطاء قرار فى مدى وجود أو غياب الاضطراب. وقد اختبر لورنجر وآخرون Loranger et al, 1991 مدى ثبات اضطراب الشخصية عبر فترة زمنية قدرها ستة شهور، عندما أجروا المقابلة المقننة بالطريقة التقليدية تراوحت

معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق بين الضعيف والمتوسط، ولكن عندما حسب هؤلاء الباحثون عدد المحكات المقابلة لكل تشخيص ارتفع معامل الثبات بشكل مقبول. فالدراسات التى استخدمت اختبارات التقرير الذاتى لتقدير أبعاد اضطرابات الشخصية كان لها أيضاً معاملات ثبات مرتفعة بطريقة إعادة التطبيق.

وعند هذه النقطة فى مناقشتنا، من المنطقى أن نتساءل اذا كان المدخل البُعدى يتفوق إلى هذا الحد، فلماذا لا يتبنى الدليل التشخيصي والاحصائى للأمراض العقلية واحداً منها؟. أحد المشكلات الأساسية فى ذلك أن عدداً من النماذج البديلة التى تم اقتراحها حتى الأن لا يوجد منها نموذج يتمتع بوجود أدلة كافية تميزه يمكن على أساسها أن نقرر أيهما أفضل أو أدق، غير أن التحول إلى المدخل البُعدى كان مأخوذاً فى الاعتبار فى تطور الدليل التشخيصي والاحصائى للأمراض العقلية فى إصداره الرابع DSM. IV، ولكن فى النهاية تقرر أن مثل هذا التغير الراديكالى أمر سابق لأوانه سواء لأسباب علمية أو عملية. حتى آلن فرانسيس المشرف العام على اعداد DSM. IV يقرر أنه ما زال الوقت مبكراً على تطبيق النظام البُعدى كوسيلة لتشخيص اضطرابات الشخصية. (Frances, 1993).

ومنذ عهد قريب بدأ الباحثون فى مجال دراسة الشخصية السوية واضطراباتها التعاون فى تحديد مدى كامل ووافٍ لأبعاد الشخصية، وأصبح هذا المدخل معروفاً بمدخل العوامل الخمس للشخصية Five-factor approach of personality، ويصف هذا المدخل خمس سمات أساسية أو أبعاد هى:-

١- العصابية neuroticism: ويتصف صاحبها بالتقلب المزاجى وسرعة الهياج مقابل الهدوء، القَلِق/ المكتئب، سريع الغضب.

٢- الانبساطى مقابل الانطوائى Extraversion vs Interoversion ويتصف بالإجتماعية مقابل الوحدة، والتوكيدية مقابل السلبية، والدفء مقابل عدم الود (المعاداة).

٣- غير المساير (المتناغم) مقابل المساير (Dis) Agreeableness: ويتصف بالنزعة إلى الشك مقابل الثقة، وتحجر القلب مقابل طيب القلب، والبخل

مقابل الكرم.

٤- حي الضمير Conscientiousness: ويتصف بالنزعة إلى العمل الشاق مقابل الكسل، وعدم التنظيم مقابل التنظيم، ولدية توجه إلى العمل مقابل اللعب.

٥- الانفتاح على الخبرة Openness to Experience: ويتصف بكونه بارع الخيال، ميال للخيالات والأوهام، مبدع.

ولقياس هذه السمات والأبعاد طور كلارك Clark, 1993 قائمة الشخصية المتكيفة وغير المتكيفة، كما طور ليفسلي وجاكسون Livesley & Jackson, استبيات مشكلات الشخصية، وفيما يلي وصفاً لأهم الاضطرابات التي وردت في DSM. IIIR, DSM. IV.

أولاً المجموعة (أ): وهي مجموعة إضطرابات الشخصية الشاذة وغريبة الأطوار كالشخصية البارانويدية والفصامية وفصامية النمط.

أوجه التشابه: يتشابه أفراد هذه المجموعة في عدد من الخصائص فهم ينزعون إلى استخدام أليات الدفاع النفسي كالإسقاط والتخيل، وينزعون إلى التفكير الذهاني، ففي الإسقاط ينسب المريض أفكار الأخرين ومشاعرهم إلى نفسه والعكس بالعكس، وهي أفكار مشاعر غير مقبوله كالتحيز والإضرار والانتقاد والتخطئ المفرطين والأفكار الإضطهادية، أما في التخيل فيعمد المريض إلى خلق حياة مثالية يتعامل فيها مع نفسه ويحياها وحيداً متوحداً، وقد تكون هذه الحياة معقدة ومضخمة، أما البارانويا فهي شعور بالإضطهاد أو سؤ المعاملة من الأخرين. ومن الناحية الحيوية البيولوجية قد يكون لدى المجموعة (أ) من إضطرابات الشخصية استعداد لعدم التنظيم المعرفي cognitive disorganization إذا تعرض أفرادها للكرب والشدة، كما وجد أن مرضى الشخصية الفصامية النمط يبدون سمات حيوية شبيهة بما لدى مرضى الفصام، ويشتمل ذلك على نقص مستوى فعالية المونو أمينو اكسيدز (MAO)، واضطراب حركة العينين التعقبية الناعمة Smooth Pursuit (حسان قمحية وآخرون: ١٩٩٣)

أوجة الاختلاف: ربما يكون عرض أوجة الاختلاف أمراً في غاية الأهمية، حيث يبرز أهم الفروق بين اضطرابات الشخصية في المجموعة الواحدة ومن ثم

يساعد فى عملية التشخيص وسوف نعرض فيما يلى محكين أساسين مميزين لكل شخصية:ـ

١- الشخصية البارانويدية :ـ

أ ـ عدم الثقة والشك فى الأخرين.

ب ـ تفسير دوافع الأخرين على أنها مؤذية لهم.

٢- الشخصية الفصامية:ـ

أ ـ الانخلاع من العلاقات الاجتماعية.

ب ـ مدى محدود من التعبير عن الانفعالات فى التفاعلات البينشخصية.

٣ـ الشخصية فصامية النمط.

أ ـ الانزعاج الحاد من العلاقات الحميمة.

ب ـ طاقة منخفضة لاستيعاب علاقات حميمة مع الأخرين.

جـ ـ العوز المعرفى والادراكى، وشذوذ فى السلوك.

وفيما يلى وصفاً أكثر تفصيلاً لاضطرابات هذه المجموعة.

❀ اضطراب الشخصية البارانويدية Paranoid personality Disorder

الملامح الأساسية لهذا الاضطراب هو الشك فى الأخرين وسوء الظن بهم حتى لو لم يوجد أى دليل يدعم ذلك، كما أنهم يسيئون تفسير سلوك ودوافع الأخرين، ومنذ الرشد المبكر يبدأ هؤلاء الأشخاص فى الاعتقاد بأن الأخرين يسعون لفرض سلطانهم وسطوتهم عليهم ويشكون تماماً فى ولاء ووفاء أقرب الأصدقاء، كما تزعجهم وتغضبهم الأشياء الصغيرة والتافهة التى لا يدركها الأخرين أحياناً، ويتسمون بالكتمان والترقب والخشية من الأذى والخديعة، ويتصفون بالغيرة، والتصلب، والبرود والعدوانية، ويعلقون فشلهم دائماً على شماعة الأخرين أى يسقطون أخطاءهم على الأخرين، ويستاءون من الأخرين الذين يملكون أشياء لا يملكون مثلها، كما يستاءون من الأخرين الذين يتمتعون بالقدرة على حل مشاكل العمل ويبحثون عن الوفاء والإخلاص لدى الأخرين، ويجدون صعوبة فى الاسترخاء وكسب الطمأنينة،

ومستعدون للتنافر والشجار إذا ما لاح شئ يهدد أمنهم الداخلي ويعقدون الأمور ويفاقمون من حدة المشاكل، كما أنهم سريعوا العداء والنفور والتخاصم ولا يصفحون عن الهفوات والأخطاء والإساءات التى تصدر نحوهم من الأخرين، وليس لديهم حس للدعابة، ويفتقرون إلى المشاعر الوجدانية والعواطف والاحاسيس الرقيقة والمؤثرة، ومغرورون بأنفسهم ومعجبون بها ويحسبون أنهم على شئ من المنطق والموضوعية، ويؤيدون استخدام التقنية الالكترونية والميكانيكية وينفرون من الفنون، وفى ذات الوقت يقدرون منازل الأخرين وقدراتهم وملكاتهم.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية البارانويدية :ـ (DSM. IV 1994)

أ ـــ امتعاض (استياء) منتشر وتشكك فى الأخرين بحيث تفسر دوافعهم على أنها ضغينة (غلّ) يبدأ فى الرشد المبكر فى عدد من المواقع كما يستدل عليه بأربعة أو أكثر من المحكات التالية:-

١ـــ شكوك بدون أساس كافٍ، من أن الأخرين يستغلونه أو يؤذونه أو يخدعونه.

٢ـ يكون الشخص زائد الانشغال بالشكوك التى لا يوجد لها سند حول ولاء أو إخلاص أصدقائه ورفاقه.

٣ـ يتلكأ أو يتباطأ فى الثقة فى الأخرين بسبب خوف ليس له مبرر من أن المعلومات سوف تستخدم بشكل سئ ضده.

٤ـ يقرأ المعانى السيئة المضمرة أو المعانى المهددة فى إشارات أو أحداث طيبة.

٥ـ يثابر على حمل الضغائن، أى أنه لا يعفو عن الإهانات أو الإيذاءات والتفاهات.

٦ـ يدرك جوانب الهجوم على الخلقة أو السُمعة غير الظاهرة للآخرين ويسرع فى رد الفعل الغاضب أو الهجوم المضاد.

٧ـــ لديه شكوك معاودة بدون تبرير، تتصل باخلاص الزوج (الزوجة) أو المشارك له جنسياً.

ب ــ لا يحدث الاختلال قطيعاً أثناء مجرى الفصام أو اختلال مزاجي ذي خصائص ذهانية أو اختلال ذهاني آخر ولا يرجع إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

ملحوظة:ــ إذا كانت المحكات مستوفاة قبل بدء اختلال الفصام أضف عبارة (قبل مرضية Premorbid) مثلاً: اختلال شخصية بارانويدى (قبل المرض).

نسبة الانتشار: تقدر نسبة انتشار اضطراب الشخصية البارانويدية ما بين ٠,٥-٢,٥٪ من المجتمع العام، وحوالى ١٠-٣٠٪ من حالات الاضطرابات السيكترية المنومة بالمستشفيات، وحوالى ٢-١٠٪ من المرضى المترددين على العيادات النفسية. وقد يظهر الاضطراب فى الطفولة أو المراهقة بنقص فى العلاقة مع الرفاق، والقلق الاجتماعى، ونقص التحصيل فى المدرسة مع وجود سلوكيات وأفكار شاذه غريبة، والاضطراب أكثر وضوحاً فى الذكور.

٢ــ اضطراب الشخصية الفصامية Schizoid Personality Disorder

الملامح الأساسية للشخصية الفصامية هى وجود نمط سائد من الانخلاع من العلاقات الاجتماعية، ومحدودية التعبير عن الانفعالات والعواطف فى المواقف البينشخصية، الأفراد ذوى الشخصية الفصامية منعزلين، ولا ينخرطون إلا فى الأنشطة الإنفرادية، ويختارون الأعمال التى تتطلب حد أدنى من العلاقات الاجتماعية، ولذلك يبدون باردين ومنفصلين أو مستقلين، كما أن لديهم القدرة على تكوين علاقات ثابتة ولكنها لا تكون علاقات قوية حتى مع أعضاء الأسرة، قليلاً ما يشعرون بالسعادة، وقليلاً ما يرغبون فى ممارسة أنشطة أو تعبيرات جنسية، ونادراً ما يتواعدون مع الجنس المخالف أو يتزوجون، ويعملون فى وظائف ذات مستويات متدنية تتطلب علاقات بينشخصية محدودة، "ولا تعدو علاقات الصداقة لديهم أكثر من صديق أو إثنين، ويفتقرون إلى الدفء والمشاعر الرقيقة، ولا يعيرون انتباهاً لإطراء الأخرين وانتقادهم ونصحهم وعواطفهم، ولكنهم ليسوا ذهانيين وليس لديهم أفكار غريبة أو شاذة أو سلوك منحرف أو كلام عشوائى كمثل المصابين باضطراب الشخصيّة فصامى الشكل (النمط)، ورغم أنهم يتصفون بالعزلة والتوحد والأنشطة المعزولة إلا أنهم ينجزون الأعمال التى تتطلب بُعداً عن الأخرين على أكمل

وجه، وهم يميلون إلى جمود الملامح والخشونة وفقد حس الدعابة وينكفئون على ذاتهم وينزعون إلى الشرور وعدم الاكترات بمن حولهم وما حولهم، ومن غير المحتمل ان يتزوج رجال هذه المجموعة لانهم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية أما نساؤها فيقبلن بسلبية وبلادة الزواج أو العلاقات الغرامية" (حسان قميحة وآخرون: ١٩٩٣).

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية الفصامى (DSM. IV, 1994)

أ ــ نمط متغلغل من الانفصال (أو الانخلاع) Detatchment من العلاقات الاجتماعية ومدى محدود من التعبير عن العواطف فى المواقف البينشخصية، تبدأ فى الرشد المبكر، وتوجد فى مواقف مختلفة كما يتضح فى أربعة (أو أكثر) مما يلى:ــ

١ـ لا يرغب ولا يستمتع بالعلاقات الاجتماعية القريبة بما فيها أن يكون جزءاً من أسرة.

٢ـ يختار دائماً الأنشطة الفردية.

٣ـ لدية إن وجد، ميل قليل فى أن تكون له خبرات جنسية مع شخص آخر.

٤ـ يسعد بعدد قليل من الأنشطة إن حدث ذلك.

٥ـ يحتاج إلى أصدقاء مقربين أو أشخاص يثق بهم بخلاف أقرباء الدرجة الأولى.

٦ـ يبدو غير متجاوب مع المدح أو النقد الذى يصدر نحوه من قبل الأخرين.

٧ـ يبدى بروداً عاطفياً وانفصالاً أو جموداً وجدانياً.

ب ــ لا يحدث هذا الاضطراب قطيعاً أثناء الفصام، أو اختلال مزاج مع خصائص ذهانية، أو اختلال ذهانى آخر، أو مرض منتشر من أمراض النمو ولا يرجع الاضطراب لأثار فسيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

ملحوظة :ـ إذا كانت المحاكات مستوفاة قبل حدوث الفصام أضف عبارة قبل مرضى Premorbid مثلاً اختلال شخصية فصامى (قبل المرض).

نسبة الانتشار:

اضطراب الشخصية الفصامية غير شائع بين المرضى المنومين أو المترددين على العيادات النفسية. فنادراً ما ينشدون المعالجة. وتظهر ملامح شبيهة بالشخصية الفصامية ولكنها ليست أصيلة فى المهاجرين والمغتربين والمنقولين من مجتمع القرية إلى المجتمع المتحضر حيث يبدون باردين وعاديين ومختلفين، ويبدأ فى الطفولة و المراهقة كما يكثر فى الذكور.

٣ـ اضطراب الشخصية فصامية النمط Schizotypal Personality Disorder

هذا الاضطراب أقصر تاريخياً من أى اضطراب أخر، وتقع على الخط الواصل ما بين الشخصية الحدية والفصام، وتوضح الأدلة أن هذا النوع من اضطراب الشخصية يرتبط بالفصام من عدة زوايا وصور مما دعا البعض إلى المناداة باعتبارة اضطراباً مرتبطاً بالفصام ويجب أن يوضع فى المحور 1 Axis 1 بالدليل.

واضطراب الشخصية فصامية النمط يبدى مجموعتين أساسيتين من الخصائص هما:ـ

١ـ الشعور الواضح بعدم الراحة من العلاقات البينشخصية، وعجز القدرة على تكوين علاقات حميمة مع الأخرين.

٢ـ تشوه أو اضطراب فى الادراك والمعرفة، والسلوك الشاذ وغريب الاطوار.

وعلى سبيل المثال فالاشخاص ذوى الشخصية فصامية النمط من المحتمل أن يرتدوا ملابس غير متناسقة من ناحية الألوان، أو أنتهت موضتها منذ زمن طويل، أو ليست مناسبة للطقس كارتداء جاكيت ثقيل (سويتر) فى جو الصيف الحار. كما أن حديثهم وإدراكهم للعالم من حولهم شاذ أيضاً، فقد يدعون القدرة على عمل أشياء خارقة للعادة، ويتظاهرون بالقوة، وهم لا يصلون إلى حد الانفصال الكامل عن الواقع كما فى مرضى الفصام، وهم مؤمنون بالخرافات ويعتقدون فى التنجيم والعرافين والعرافات والقوة الخارقة والعلاج بالمركبات الفيتامينية Megavitamin therapy، ومن الشائع إرتدائهم زى مرقع بقصاصات

القماش. الشخصيات ذوى النمط الفصامى عادة منعزلين وحيدين ويشبهون الشخصية البارانويدية فى أنهم يشكون بالأخرين، ولكنهم يميلون بانفعالاتهم إلى القلق أكثر من العدائية، وهذا القلق لا يتأثر بزيادة الألفة بالأخرين فهم يبقون منعزلين اجتماعياً، وهو ما يقلل من فرص تعلمهم للرقة واللطف التى يتسم بها السلوك الاجتماعى اللائق.

(Wilson, G.T. et al, 1996)

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية فصامى النمط (DSM. IV. 1994)

أ ـ نمط متغلغل من أوجه القصور (النواقص) الاجتماعية، والبينشخصية تتسم بعدم ارتياح حاد ونقص فى الطاقة لتحمل العلاقات الحميمة، وكذلك وجود تحريفات معرفية أو إدراكية وأطوار غريبة للسلوك تبدأ فى الرشد المبكر، وتوجد فى مواقف متنوعة كما يظهر فى خمس (أو أكثر) مما يلى:ـ

١ـ أفكار الاشارة "الإسناد أو المرجع" (مع حذف هذاءات الإشارة)

٢ـ معتقدات غريبة أو تفكير سحرى يؤثر على السلوك ولا يتفق مع معايير الثقافة الخاصة بالفرد (مثال لذلك: الخرافات، الاعتقاد فى قراءة المستقبل والكف، التخاطر، Telepathy، أو الحاسة السادسة)، وفى الأطفال والمراهقين تكون هناك خليط من التخيلات أو الانشغالات الزائدة.

٣ـ خبرات إدراكية غير معتادة تشتمل على خداعات بدنية.

٤ـ تفكير وكلام غريبان (مثال ذلك: غامض، زائد التروى، استعارى أو فى قوالب معينة).

٥ـ أفكار متشككة أو بارانويدية.

٦ـ عواطف أو انفعالات غير مناسبة أو مقيدة.

٧ـ سلوك أو مظهر غريب، أو شاذ أو مميز.

٨ ـ نقص الأصدقاء المقربين أو الأشخاص الذين يثق فيهم عدا أقارب

الدرجة الأولى.

٩- قلق اجتماعي زائد لا يتلاشى مع الألفة، ويميل لأن يكون مصحوباً بمخاوف بارانويدية فضلاً عن الأحكام السلبية حول الذات.

ب ـ لا يحدث بشكل قطى أثناء وجود الفصام أو اختلال وجدانى مع خصائص ذهانية، أو مع اختلال ذهانى آخر، أو اختلال تطورى متغلغل.

ملحوظة :ـ إذا كانت المحاكات مستوفاة قبل حدوث فصام أضف قبل المرض Premorbid مثلاً اختلال شخصية ذى نمط فصامى (قبل المرض).

نسبة الانتشار:

يحدث اضطراب الشخصية فصامية النمط بمعدل حوالى ٣٪ من المجتمع العام وللاضطراب صفة الدوام النسبي وقد يتطور إلى فصام أو أى اضطراب ذهانى آخر، ويبدأ فى الطفولة والمراهقة، ونسبته بين الذكور أعلى قليلاً منها بين الإناث.

ثانياً: المجموعة (ب): وتشمل اضطرابات الشخصية ذات الخصائص الدرامية، والانفعالية، ويندرج ضمنها أربعة اضطرابات هى الشخصية المناهضة للمجتمع والشخصية الحدية والهستيرية والنرجسية.

أوجة التشابة: يميل الأفراد المصابون باضطرابات هذه المجموعة إلى التعويل على آليات دفاع معينة كالتجاوز والانفصال (العزل) والإنكار والتقسيم، والافراغ acting aut، ويتضمن العزل تناسياً للمشاعر المحزنة ومرافقاتها وهو تفكك لا شعورى فى بعض العمليات العقلية والسلوك وانفصالهما عن الادراك الشعورى والسوى للمرء، وعندما يكون ذلك شديداً فقد يقود إلى تعدد الشخصية، أما الإنكار فهو قريب المعنى من التجاوز أو التغاضى، وفيه ينفصل المريض من أفكاره أو مشاعره أو يتمنى ذلك من غير أن يعلم ماذا يفعل، أما التقسيم splitting فيرى خاصة فى الشخصيات الحدية ويظهر عندما يصنف المريض الناس إلى أنهم جميعاً سيئون وجيدون أيضاً دون أن يعانى من التناقض الوجدانى لهذا الحكم، كما أن المريض لا يشعر بالتناقض الوجدانى فى علاقته مع صورته الذاتية أو رؤيته لنفسه، أما الإفراغ فيكون بالتعبير عن مشكلة أو شعور لا يتحملة المريض تعبيراً

حركياً حاداً، وقد ينطوى ذلك على سلوك هجومى وجنسى، والمرضى المصابون بهذه الأنماط من اضطرابات الشخصية قد يكونون مستعدين وراثياً للكرب نتيجة نقص الاستثارة القشرية (الدماغية) لديهم. ووجود تباين كبير في الفاعليات المستقلة (الودية واللاودية) والحركية. كما أن الاضطرابات المزاجية كثيرة الشيوع فى المجموعة (ب) من اضطرابات الشخصية وتعتبر هذه المجموعة من أكثر اضطرابات الشخصية تعقيداً وإشكالاً وعناداً على العلاج (حسان قمحية وأخرين: ١٩٩٣).

أوجة الاختلاف: تتباين المجموعات الأربعة لاضطرابات الشخصية فى عدد من الخصائص وفيما يلى أهم ما يميز كل مجموعة:ـــ

١ـــ الشخصية المضادة للمجتمع:ـــ

أ-عدم التقدير أو الاعتبار لحقوق الأخرين

ب- عدم الرضوخ والإذعان للمعايير الاجتماعية وعدم الندم على ذلك

٢ـ الشخصية الحدية:ـ

أ- اضطراب العلاقات البينشخصية

ب- عدم ثبات صورة الذات.

جـ- الاندفاعية الواضحة.

٣ـ الشخصية الهستيرية:ـ

أ ـ الانفعالية الذائدة.

ب ـ السعى لجذب الانتباه.

٤ـ الشخصية النرجسية:ـ

أ ـــ المبالغة فى التخيلات والسلوك.

ب ـــ الحاجة للإعجاب.

جـ- الافتقار إلى التعاطف.

١- اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع Antisocial personality Disorder

نظراً لما تتركه الشخصية المناهضة للمجتمع من آثار سلبية على الأخرين من خوف ورعب وقوة وتدمير وسرقة وقتل وغيرها كثيرة، فلم يجد اضطراب أخر من اضطرابات الشخصية من الاهتمام والدراسة ما وجدته الشخصية المناهضة للمجتمع، كما أطلق عليها الشخصية المعتلة اجتماعياً (سيسيوباتيه) Sociopathic أو الشخصية المعتلة نفسياً (سيكوباتية) Psychopathic، وقد تناولها الدليل الثانى للأمراض النفسية DSM. II ضمن اضطرابات الخلق مع الادمان والانحرافات الجنسية، ولكنها فُصلت فى الدليل الثالث DSM. III الذى ركز أكثر على العوامل النفسية فى محكات الشخصية المضادة للمجتمع بدلاً من الاهتمام بالسلوك الإجرامى. والملامح الأساسية للشخصية المضادة للمجتمع ترتكز على تصادمها الدائم مع المجتمع، الذى يتضح فى عدم التزامها الدائم بالقانون أو الأعراف والقواعد الاجتماعية، كما يؤدى السلوك اللااجتماعى لهذه الفئه إلى مشكلة خطيرة للأسرة والأصدقاء نتيجة القبض عليهم وتوقيفهم للتحقيق من قبل رجال الشرطة، فهم يفتقرون إلى القدرة على الانسجام مع المعايير الاجتماعية، كذابين وغشاشين ومحتالين، ومندفعين دون تحسباً للنتائج، سريعى الغضب وعدوانيين، طائشين لا يرعون أصول الامان لهم أو للآخرين، ولا يتحملون المسئولية،ولا يشعرون بالندم أو وخز الضمير على ما يرتكبونه من أخطاء.

وعلى مدار حوالى ٢٥ سنه قام هارى (١٩٩١) Hare بإعادة البحث فى مجموعة بديلة من المحكات بناء على المحكات الكلاسيكية التى وضعها كليكى Cleckley عن الشخصية السيكوباتية والتى تركز على خصائص من قبيل: الافتقار إلى التعاطف، زلق اللسان، طلاوة الحديث الظاهرية، والتمركز حول الذات، والإحساس المبالغ فيه بالأهمية الذاتية، وعدم الاستجابة الانفعالية وعدم تحمل المسئولية فى العلاقات البينشخصية، الافتقار لدقة الأحكام، والفشل فى التعلم من خبراته السابقة، الكذب والخديعة، والسلوك الاندفاعى، حيث قرر هار أن حوالى نصف المجرمين المسجونين تنطبق عليهم محكات DSM. عن الشخصية المناهضة للمجتمع، فى حين أن الثلث فقط هم الذين تنطبق عليها محكات السيكوباتية.

كما درس روبينز وآخـرون Robins et al 1991 السلوك الإجرامـي مـن خلال الناس الذين يمارسون سلوكاً إجرامياً فعلياً، ففـي دراسـة وبائيـة فـي منطقـة كاتشمنت Catchment وجدوا أن حوالى نصف من تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع لم يتم القبض عليهم من قبل، وأكثر الملامح وضوحاً لديهم وجود مشكلات في العمل (٩٤٪)، العنف (٨٥٪) والتعرض لعقوبات مرورية نتيجة تجاوز تعليمات المرور (٧٢٪)، ومشكلات زواجية حادة (٧٦٪) وقد أدت هذه النتائج بروبنز ورفاقه إلى الاعتقاد بأن هناك درجة من التداخل بين الاجرامية والشخصية المضادة للمجتمع، وهذا التداخل لا يوجد على المستوى النظرى فقط ولكن كذلك على المستوى العملى والتطبيقى وتحققه التوقعات الكلينيكية، فهما مرتبطان ولكنهما ليسا نفس الشئ. غير أن هذه النتائج لم تحل اللغز المحير للتداخل بين السيكوباتية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ولذلك فإن محكات الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية ربما تعرفهم بانهم محتالين تافهين، يوجهون، ويفتنون، ويخدعون خلال مسارهم فى الحياة حتى لا يُعتقلون فى جريمة كبرى. غير أن هذه النتائج تقترح أن الدليل التشخيصى لم يعرف أشخاص أخرين لديهم أعراض تقابل محكات السيكوباتية على سبيل المثال: رجل السياسة الذى يصرح بمبادئة الأخلاقية (السامية) التى تتعارض مع مغامراته اللاشرعية المتنوعة (مثل معظم الرؤساء الأمريكين الذين يثبت أن لهم علاقات جنسية عديدة مثل كيندى وكلينتون، والفرنسى ميتران وغيرهم)، وموظفى الحكومة أو بعض وزراءها الذين يستغلون سلطاتهم الوظيفية أو يشاركون فى أعمال فى الظل أو من الباطن، أو بعض الخطباء من رجال الدين أو غيرهم الذين يقولون ما لا يفعلون والذين قال الله فى حقهم "يا أيها الذين أمنوا لم تقولون ما لا تفعلون كبر مقتاً عند الله أن تقولوا ما لا تفعلون" (الصف: ١-٢).

وقد يفيد هنا عرض الاضطرابات السلوكية (وليست النفسية) المميزة للشخصية السيكوباتية كما وردت فى الدليل التشخيصى الثالث DSM. III. R. 1987 لتوضيح الفرق بين الدليلين

١- وجود دليل على اضطراب سلوكى فى الطفولة من مظاهرة ثلاثة مما

يلى على الأقل: التهرب من الواجبات والتغيب عن المدرسة ـ ترك البيت مرتين على الأقل – البدء بالتشاجر والتدابر – القسوة والعنف مع الأخرين – القسوة مع الحيوانات – استخدام السلاح فى أكثر من تشاجر – تعمد تخريب الممتلكات– اضطرام النار – الكذب – إجبار شخص ما على النشاط الجنسى – السرقة دون مواجهة الضحية (النشل)، والسرقة مع مجابهة الضحية (العنف أو الابتزاز).

٢ـ يجب أن تتظاهر المشاكل السلوكية واللا إجتماعية وغير المسئولة معاً منذ سن الخامسة عشر بأربع نواحى مما يلى على الأقل:ـ

أ ـ تغيير العمل المتكرر والبطالة وكثرة الغياب عن الوظيفة والتسريح من العمل.

ب ـ عدم القدرة على القيام بوظيفة الوالدية، ويبدو ذلك على صعيد تأمين غذاء الطفل أو الحفاظ على نظافته أو العناية الطبية أو الترتيب للحصول على مربية عندما يستوجب الأمر ذلك.

جـ ـ عدم القدرة على الرضوخ للمعايير الاجتماعية واحترام السلوك القانونى، ويتجلى ذلك بتعدد الاعتقالات وتكرر السرقة والانخراط فى أعمال غير قانونية ولا شرعية كالقوادة (المتاجرة بأعراض الناس) والبغاء والاتجار بالدواء والتورط فى الجريمة.

د ـ فشل الإبقاء على علاقة زواجية واحدة أكثر من سنة.

هـ ـ الهياج والسلوك العدوانى ويتجلى ذلك بكثرة المشاكل والتناحر، والاعتداء ويطال ذلك للزوج / الزوجة أو الأطفال.

و ـ عدم الوفاء بالتعهدات المالية والديون، وعدم تقديم نفقة الطفل، وتوفير العول لمن على المريض أن يعيلهم على نحو صحيح ومنتظم.

ز ـ التهور أو المراوغة، ويرى ذلك باللف على الموضوع دون إيضاح الهدف، أو الخوض فى جوهر القضية، مع العجز عن الاحتفاظ بعنوان واحد للعمل أو الإقامة أكثر من شهر أو يزيد.

ح ـ الاستخفاف بثقة الأخرين، يتجلى ذلك بالكذب المتكرر والاحتيال والخداع.

ط ـ عدم الندم أو الشعور بالذنب عند إيذاء الأخرين أو الإساءة إليهم.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (DSM. IV, 1994)

أ ـ يوجد نمط متغلغل مع عدم الاعتبار والعدوان على حقوق الأخرين يحدث فى عمر ١٥ سنة كما يستدل عليه من ثلاث (أو أكثر) مما يلى:-

١ـ إخفاق فى الالتزام بالمعايير الاجتماعية بالنسبة للسلوكيات القانونية (النظامية)، كما يستدل عليه من تكرار القيام بتصرفات تستدعى القبض (التوقيف).

٢ـ الخداع، كما يُستدل عليه من تكرار الكذب واستخدام الأسماء المستعارة أو خداع الأخرين للحصول على كسب شخصى أو منفعة تجلب السرور.

٣- الاندفاعية أو الاخفاق فى التخطيط للمستقبل.

٤- عدم الثبات والعدوانية كما تظهر فى الاقتتال أو الإيذاء البدنى المتكرر.

٥- عدم الاعتبار (إهماله) للسلامة الذاتية أو سلامة الأخرين.

٦- عدم الشعور الثابت بالمسئولية كما يظهر فى الاخفاق المتكرر للاحتفاظ بسلوك مهنى مناسب أو الوفاء بالالتزامات المالية.

٧- نقص أو قلة الندم كما يظهر فى عدم المبالاة أو تبرير إيذاء أو سوء المعاملة أو السرقة التى أوقعها بالأخرين.

ب ـ يكون الفرد فى عمر ١٨ سنة على الأقل.

جـ ـ يوجد دليل على وجود اختلال للخُلق حدث قبل ١٥ سنة.

د ـ حدوث السلوك المضاد للمجتمع لا يكون بشكل قطعى أثناء حدوث فصام أو نوبة هوس.

نسبة الانتشار:ـ اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ذات مسار مزمن يصعب تشخيصه قبل الثامنة عشر من العمر، ولكنه يصبح أقل وضوحاً مع تقدم الفرد فى السن أو الوصول إلى العقد الرابع من العمر، وتقدر نسبة انتشار

الاضطراب حوالى ٣٪ بين الذكور، ١٪ بين النساء وهو أكثر شيوعاً فى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا، كما تنتشر بينهم الأميه، والإفراط فى تعاطى العقاقير، وتتراوح نسبة انتشار الاضطراب بين الحالات الاكلينيكية ٣-٣٠٪ ويعتمد ذلك على خصائص النزوع المسبق للعينة.

٢- اضطراب الشخصية الحدية BorderLine Personality Disorder

وهو أقل اضطرابات الشخصية تحديداً ووضوحاً، فمن بين فحص قام به جندرسون وآخرون Gunderson et al 1991 على عشر دراسات كان حوالى ٣-١٠٪ من الأفراد فقط هم الذين لا يعانون اضطرابات شخصية أخرى. وبدراسة ما يزيد على ١٨٠٠٠ مريض يسعون للعلاج فى مراكز الطب النفسى كان حوالى ٧٠٪ ممن تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الشخصية الحدية لديهم أيضاً أحد اضطرابات المحور (١) مثل الاكتئاب الأساسى. ولم يجد اضطراب الشخصية الحدية إهتماماً دراسياً إلى أن ظهر فى الدليل التشخيصى للأمراض العقلية DSM. III 1980، ومنذ ذلك التاريخ أخذت الدراسات فيه تفوق الدراسات فى أى إضطراب أخر من اضطرابات الشخصية.

ويقصد بمصطلح الشخصية الحدية ذلك الاضطراب الذى يقع على الحدود بين العصاب neurosis والذهان psychosis، ومن الأسماء الأخرى له الفصام الحدى، والفصام العصابى الكاذب والفصام المتنقل ambualatory (ولكن هذه الأسماء أقل شيوعاً) حيث أصبح هذا الاضطراب مميزاً عن الفصام حالياً، وأهم الملامح والأعراض المميزة له عدم استقرار العلاقات البينشخصية وصورة الذات Self – Image ودورية المزاج والاندفاعية واضطراب الهوية الذاتية، وتؤكد الدراسات الحديثة أن ضعف التحكم فى الاندفاع ربما تكون ملمح أساسى لهذا الاضطراب أكثر من عدم سوية صورة الذات والاضطراب المزاجى، كما يتميزون بوجود خصائص من قبيل: عدم الانشغال بالقضايا الأساسية فى الحياة كالأهداف والقيم والتوجة الجنسى والاختيار المهنى ونمط الأصدقاء. وعدم الانشغال هذا شائع أيضاً بين ذوى الاضطرابات الأخرى فى الشخصية، وبين المراهقين الأسوياء. كما يعد عدم الثبات الانفعالى خاصية مميزة لذوى اضطراب الشخصية

الحدية بنفس درجة وجودة فى الاشخاص المصابين بالاضطرابات المزاجية. ولكن ما يميز الاضطرابات المزاجية فى الشخصية الحدية أنها اضطرابات تفاعلية reactivity فالتقلب فى الاغتمام (عدم السعادة) الحاد، والقلق، والغضب قد يدوم لساعات أو أيام كاستجابة لحدث يبدو تافهاً أو عديم القيمة، كما يميل الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب لأن يكون لديهم علاقات بينشخصية غير مستقرة، فأفضل الأصدقاء قد يصبح من ألد الأعداء يوماً ما، ولذلك فإن ذوى اضطرابات الشخصية الحدية يخشى هجر الأخرين له، وغالباً ما يبذل جهوداً مبالغ فيها للحد من العلاقة. كما يرتبط المزاج التفاعلى بضعف القدرة على ضبط الاندفاع، فذوى اضطراب الشخصية الحدية غالباً ما يتصرفون بطرق مدمرة للذات كالقيادة بتهور، والاندفاع الصاخب فى الأكل وتعاطى الكحول والمخدرات، وممارسة الجنس والاغتصاب، وفى دراسة قام بها سولوف وآخرون Soloff, et al 1994 وجد أن حوالى ٧٢٪ من حالات اضطراب الشخصية الحدية حاولوا الانتحار أو هددوا به مثل تقطيع أجسامهم بأمواس الحلاقة أو حرقها بالسجاير، وحدث الانتحار فعلياً فى ٨-١٠٪ منهم.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية (DSM. IV, 1994)

نمط متغلغل مع عدم استقرار العلاقات البينشخصية، وصور الذات، والوجدانات مع اندفاعية واضحة تبدأ فى الرشد المبكر، وتوجد فى مواقف مختلفة كما يدل عليه خمس (أو أكثر) مما يلى:-

١- جهود مضنية لتجنب الهجر الحقيقى أو المتخيل.

ملحوظة: لا يندرج تحته السلوك الانتحارى أو المؤذى للذات الوارد بالمحك رقم (٥).

٢- نمط من العلاقات البينشخصية غير المستقرة والمتوترة يتسم بالتبديل بين طرفى المثالية وعدم التقدير.

٣- اضطراب الهوية: مع صورة أو احساس بالذات غير مستقرة بشكل واضح.

٤- الاندفاعية فى اثنين على الأقل من المجالات التى يُحتمل فيها إيذاء الذات (مثلاً: الإنفاق، الجنس، سوء استخدام المواد، القيادة المستهترة للسيارات، الأكل الزائد).

ملحوظة: لا يندرج السلوك الانتحارى أو المؤذى للذات الوارد فى المحك رقم (٥).

٥- سلوك انتحارى معاود أو إشارات أو تهديدات أو سلوك مؤذى للذات.

٦- عدم استقرار وجدانى راجع إلى رد فعل مزاجي واضح (مثلاً: اغتمام نوبى مركز، عدم ثبات، أو قلق يستمر عادة بضع ساعات ونادراً ما يستمر أكثر من بضعة أيام).

٧- مشاعر مزمنة بالخواء.

٨- غضب مركز وغير مناسب أو صعوبة التحكم فى الغضب (مثلاً: نوبات متكررة من الهياج وغضب مستمر، وقتالات بدنية متكررة).

٩- أفكاراً معاودة مرتبطة بالضغوط أو أعراض انفصالية شديدة.

نسبة الانتشار:

ينتشر هذا الاضطراب بنسبة ٢٪ تقريباً بين المجتمع العام، وحوالى ١٠٪ من الأشخاص المترددين على العيادات الخارجية، وحوالى ٢٠٪ فى المرضى السيكتريين، وحوالى ٣٠-٦٠ ممن يتم تشخيصهم على أنهم يعانون اضطراباً فى الشخصية، والاضطراب أكثر انتشاراً بين النساء بنسبة ٣:١ للرجال، ومن بين الأفراد المصابين بهذا الاضطراب حوالى ٩٠٪ لديهم اضطراب واحد، ٤٠٪ لديهم إضطرابان من اضطرابات المحور (1) كالاكتئاب الاساسى أو القلق أو غيرهما.

٣ ــ اضطــراب الشــخصية التصنُعــى (الهســتيرية) Histrionic Personality Disorder

كما يشير الاسم فإن اضطـراب الشـخصية التصنُعـى Histrionic قد تطـور تدريجياً من المفهوم القديم للهستريا والشخصية الهستيرية Hysterical، وقد خلطت الدراسات القديمة فى هذا الشأن بين اضطـراب التجسد Somatization كما سبق

شرحها فى الجزء الأول من الكتاب ...... والاعراض التصنعيسة واضطـراب الشخصية التصنيعية أو الهستيرية، اما الدراسات الحديثة فتكشف عن وجود تداخـل بين اضطراب الشخصية التصنعية والاضطرابات الأخرى للشخصية، وكلمـة تصنُعى تعنى أن السلوك مثير أو دراماتيكى أو مزيف.

العرض الأساسى لهذا الاضطراب يتمثل فى الانفعالية الزائدة والبحث عن الاهتمام، حيث يسعى الفرد لجذب انتباه الأخرين بطرق غير معتادة مثل ارتداء ملابس زاهية الألوان أو غير متناسقة وبعضها البعض، أو يقصون شعرهم بطرق شاذة وملفته للنظر أو حتى حلقة تماماً بالموس، ويبدو دائماً نمط سلوكهم دراماتيكى ومثير، وهؤلاء الأشخاص غالباً ما يكونوا استفزازيين ومُغريين جنسياً، وردود أفعالهم سواء على المستوى السلوكى أو الانفعالى غالباً ما يكون مبالغ فيها للعديد من المواقف، ويمكن التأثير عليهم بشكل واضح وأكثر قابلية للإيحاء ويتأثرون بما يشاهدونه من أحداث درامية بالتليفزيون أو المسرح، ويسهل تنويمهم مغناطيسياً، ويهتمون بمظهرهم إلى أقصى درجة حتى ولو كان ما يرتدونه من ثياب غير عملى ولذلك فهم يلهثون سعياً وراء آخر موضة من الملابس، ويدينون الأخرون بناءًا على عدد محدود من الأدلة غير المقنعة، ويدافعون عن وجهة نظرهم الناقدة ولكن دفاعهم يخبو مع الزمن، كما يتميزون بالضحالة فى حديثهم وتعبيراتهم الانفعالية ومن الصعب أن تجد له صديقاً حميماً، وغالباً ما يكون غير قادر على وصف شخص يعرفه جيداً، "وفى علاقاتهم بالجنس الآخر يحاولون السيطرة عليه فى علاقة اعتمادية، وكثيراً ما يكونون رومانسيون، وعلاقاتهم الجنسية متفاوتة، فبعضهم داعر وبعضهم ليس لديه خبرة جنسية ولا يستجيب، ومعظمهم يبدون أسوياء فى سلوكهم الجنسى، ويُظهرون اهتماماً قليلاً بالانجاز الذكائى والتحليل ولكنهم غالباً خلاقين (مبدعين) ولديهم قدرة على التخيل ويتأثرون بالآخرون وقابلين للإيحاء، ويظهرون استجابة مبدئية موجبة لأى شخص صاحب سلطة قوية، ويعتقدون أنه يمكن أن يقدم الحلول السحرية لمشاكلهم، وحكمهم على الأمور ليس عميق الجذور، وعادة ما يتوجهون طبقاً للتخمينات، وتكثر شكواهم من ضعف الصحة والأعراض الجسمانية مع اختلال الأنية، وخلال فترات الضغط الشديد قد

تصيبهم أعراض ذهانية عابرة لا تكفى لتشخيص ذهانى (محمد حمودة: ١٩٩٠)

المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية الهستيرية (DSM.IV,1994)

نمط متغلغل من الانفعالية الزائدة والبحث عن الاهتمام تبدأ مبكراً فى الرشد وتوجد فى مواقع متنوعة كما يدل عليه خمس أو (أكثر) مما يلى:-

١ـ عدم الارتياح فى المواقف التى لا يكون فيها مركزاً للاهتمام.

٢ـ التفاعل مع الأخرين يتسم فى الغالب بسلوك جنسى إغرائى أو استفزازى.

٣ـ يظهر تبديلاً سريعاً وتعبيراً ضيقاً للانفعالات.

٤ـ يستخدم المظهر البدنى بشكل متسق ليلفت الانتباه اليه.

٥ـ لديه نمط حديث خال من التأثير بشكل كبير وتنقصه التفاصيل.

٦ـ يُظهر المأسوية، وتعبيره الانفعالى مسرحى ومبالغ فيه.

٧ـ القابلية للإيحاء أى يتأثر بسهولة بواسطة الأخرين أو الظروف.

٨ ـ يعتبر العلاقات أكثر ودية مما هى فى الواقع.

نسبة الانتشار:ـ

تتراوح نسبة اضطراب الشخصية الهستيرية بين ٢-٣٪ من المجتمع العام، فى حين يصل المعدل ما بين ١٠-١٥ ٪ فى المرضى المترددين على عيادات الصحة النفسية وخاصة إذا ما تم تقدير الحالات باستخدام مقابلات مقننة، ويتضح عادة فى بداية الرشد ويقل مع التقدم فى السن وهو شائع خاصة بين الإناث مقارنة بالذكور.

٤ـ اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistc Personality Disorder:

كلمة النرجسية مشتقة من الأسطورة اليونانية حول شاب وسيم يدعى نارسيوس Narcissus أخبرته أمه أنه سيعيش عمراً أطول إذا لم ينظر لصورته فى المرآة، وعلى الرغم من تحذيراتها له، إلا أنه حملق فى صورته عندما شاهدها منعكسة على نبع من الماء وهنا وقع فى حب صورته، ولذلك يوصف الناس المحبين لذاتهم بالنرجسيين.

المصابون باضطراب الشخصية النرجسية لديهم شعوراً مبالغاً فيه بالعظمة والتضخيم والإحساس بالأهمية الذاتية، ولكنهم مفرطوا الحساسية تجاه النقد، ويبالغون فى تفخيم ذاتهم سواء على المستوى السلوكى أو الخيالى، ولديهم حاجة شديدة إلى الإعجاب، ويفتقدون إلى التعاطف مع الأخرين، وتتمثل مشاعر العظمة هذه فى التكبر والغطرسة، والتفاخر بسلوكه مثل الإدعاء غير المنطقى بوجود علاقة عمل أو ألفه مع أشخاص مهمين أو مشهورين وقد يتم التعبير عن مشاعر العظمة هذه بشكل خيالى فقط، فلديه أحلام يقظة حول امتلاك ثروة طائلة أو منزل فخم أو قصر بارع الجمال، وسيارة فخمة من أحدث الموديلات وبأغلى الأسعار، وأن يجذب قلب أجمل امرأة فى العالم، وأن يعيش حياة الملوك والأمراء والسلاطين فى الروايات الخيالية - ولدى هؤلاء الأشخاص إحساس قوى بالاستعلاء وهو ما يقودهم إلى توقع الحصول على معاملة خاصة، لدرجة أن المعاملة القاسية من قبل الأخرين ولو مرة واحده قد تعجل بنهاية العلاقة معهم وتجعلهم يصمون أذانهم ويُعمون أبصارهم عن حاجات ومشاعر الأخرين، كما يتوقع النرجسيون أن يكونوا محل إعجاب واحترام الأخرين لأقصى درجة ويصيبهم الغضب والحزن إذا لم يتحقق ذلك. "فإحدى الشخصيات النرجسيات ذكرت ذات مره أنها تستحق معاملة خاصة، وعندما سُئلت عن سبب ذلك نظرت باستغراب وقالت لأنها تريد ذلك."، ومن المشاعر الدفينة تحت الإحساس بالعظمة والتفخيم والحاجة للإعجاب الحساسية الشديدة وسرعة التأثر بالنقد أو اللوم، وتقدير محدود للذات، فهؤلاء الأفراد قد يصابون بالقلق أو الاكتئاب عندما يهدد إحساسهم بالقيمة أو الاعتبار الذاتى، فعندما يبدأ الصديق أو الحبيب أو المعالج فى إعطائهم تغذية مرتدة صادقة ويرفض إمدادهم بشعور مبالغ فيه من الأهمية الذاتية فإنهم يشعرون بالتهديد وينسحبون من هذه العلاقة.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية النرجسية (DSM. IV, 1994)

نمط متغلغل من المبالغة أو التفخيم (فى التخيلات أو السلوك)، والحاجة إلى الإعجاب، ونقص فى المشاركة الوجدانية يبدأ مبكراً فى الرشد، ويوجد فى مواقع متنوعة كما يُستدلُ على ذلك بخمس (أو أكثر) مما يلى:-

١- لديه إحساس مبالغ فيه بالتفخيم أو الأهمية الذاتية (مثلاً: يبالغ في إنجازاته ومواهبة، ويتوقع الاعتراف به على أنه فائق بدون إنجازات يمكن قياسها.)

٢- يكون منشغلاً بالتخيلات حول نجاح غير محدود أو قوة أو تفوق أو جمال أو حب مثالي.

٣- يعتقد أنه متميز Special ومتفرد، ويمكن فهمه فقط، أو ينبغي أن يصاحب الأخرين (أو المؤسسات) ذوى الخصوصية والمكانة المرتفعة.

٤- يتطلب إعجاباً زائداً ومبالغاً فيه.

٥- لديه إحساس بالأهلية، أى توقعات غير منطقية لمعاملة طيبة خاصة أو الإذعان التلقائى لتوقعاته.

٦- مُستغل فى علاقاته البينشخصية أى يستفيد من الأخرين لتحقيق غاياته الخاصة.

٧-تنقصه المشاركة للآخرين، غير راغب فى إدراك مشاعر وحاجات الأخرين والتوحد معهم.

٨- يحسد الأخرين غالباً أو يعتقد أن الأخرين يحسدونه.

٩- يبدى سلوكيات أو اتجاهات متعجرفة ومتغرطسة.

نسبة الانتشار:

اضطراب الشخصية النرجسية محدود الانتشار وتقل نسبته عن ١٪ فى أى مجتمع، وتصل نسبته فى العينات المدروسة اكلينيكياً حوالى ٦٪، ويشيع الاضطراب بين الذكور أكثر من النساء. وقد يرجع ذلك إلى عوامل التنشئة الاجتماعية من جانب وإلى ما يصاحب سمات وأعراض هذا الاضطراب من استمتاع من جانب المريض من ناحية أخرى.

ثالثاً: إضطراب الشخصية القلقة والخائفة: وتشمل اضطرابات الشخصية التجنبيه والاعتمادية، والوساوسية/ القهرية.

أوجه التشابه: أهم ما يميز هذه المجموعة الخوف والقلق والترقب وخاصة فى علاقتهم الاجتماعية مع الأخرين دون أن يصل ذلك إلى حد الفوبيا الاجتماعية، ولذلك فالأشخاص المصابون يستخدمون وسائل وحيل دفاعية متمثلة فى العزل والعدوانية السلبية، والمراق، حيث يحدث العزل عندما تنفصل فكرة لدى المريض أو تصرف أو شعور لا يرضاه ولا يحبه عن الانفعال المرافق أو العاطفة المصاحبة، ويتصف هؤلاء المرضى بالرتابة وسهولة السيطرة عليهم، وهم قد يسردون أحداث حياتهم دون مشاعر أو انفعالات، أما العدوانية السلبية فتحدث عندما تكون المقاومة غير مباشرة، وهى غالباً مقاومة للنفس، وهكذا يكون الإخفاق فى التجارب والتعبير الأخرق والمماطلة هى معالم السلوك العدوانى والانفعالى لديهم. أما المراق فيظهر لا سيما لدى الشخصية التجنبيه والاعتمادية، وقد يكون لدى هؤلاء المرضى ميل بيولوجى إلى فرط الاستثارة القشرية وزيادة التثبيط الحركى، وهكذا فإن المنبهات المزعجة والكروب قد يقود إلى قلق شديد أو استثارة وجدانية عاطفية (حسان قمحية وأخرين: ١٩٩٣)

أوجه الاختلاف: تختلف الاضطرابات الثلاثة لهذه المجموعة فى عدد من الخصائص أهمها:ـ

١ـ الشخصية التجنبيه:ـ

أ- الكف (القمع) الاجتماعى.

ب ــ الشعور بعدم الكفاءة (الكفاية).

جـ ــ الحساسية الزائدة والخوف من التقييم السلبى.

٢ـ الشخصية الاعتمادية:

أ- الحاجة الزائدة إلى تلقى العناية والرعاية.

ب ــ سلوكيات تدل على الطاعة والتعلق.

جـ ــ الخوف من الانفصال.

٢ـ الشخصية الوسواسية / القهرية.

أ- الاستغراق فى المحافظة على النظام، وتحسين وتهذيب كل ما حوله.

ب ـ الاستغراق فى الضبط العقلى، والبينشخصى.

جـ ـ المحدودية والتقيد فى درجة المرونه والانفتاح والفعالية.

١ـ اضطراب الشخصية التجنبيه Avoidant Personality Disorderd

ظهر هذا الاضطراب لأول مرة فى الاصدار الثالث للدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية (١٩٨٠). أما أعراضة فى الاصدار الرابع فتؤكد على أن هذه الشخصية تتميز بوجود نمط متغلغل من الكف الاجتماعى، ومشاعر عدم الكفاية، وإحساس مبالغ فيه نحو التقييم السلبى وتتظافر هذه الخصائص الثلاثة فى الشخصية التجنبيه، وعلى سبيل المثال فإن خوفهم من النقد وعدم القبول يؤدى إلى تجنبهم المواقف المهنية التى تؤدى بهم إلى تلاحم واضح مع الأخرين، وبالمثل، وبسبب نظرتهم لذاتهم على أنهم غير كفؤ اجتماعياً، ويشعرون بالنقص فى مواجهة الأخرين فإن لديهم قلق إزاء رفضهم، ويحجمون عن الانخراط فى علاقات اجتماعية إلى أن يتلقوا إشارة واضحة بأنهم سوف يلقون حداً مناسباً من القبول. فهم جبناء وخجوليين ولا يرغبون فى تكوين علاقة صداقة قوية، وينزعجون ويخشون الرفض أو الانتقاد مما يدفعهم إلى تجنب المناسبات الاجتماعية، وإذا منحوا ضمانات أكيدة بعدم التعرض للنقد يقيمون الصداقات وينخرطون فيها، وهم كثيرى النقد للذات وقليلى الاعتبار والتقدير لأنفسهم، وضعيفى الثقة بالنفس، وتسيطر عليهم الحيرة عند إتخاذ أى قرار ولذلك يتجنبون أداء أى عمل جديد. وعندما يكونوا فى موقف اجتماعى أو يبدأون فى تطوير علاقة صداقة أو ألفة يتصرفون بطريقة تتميز بالكبت والقمع لأنهم يعتقدون أنهم غير مرغوبين شخصياً ويخشون النقد والسخرية والتهكم والخديعة من الأخرين. وعلى العكس من الشخصية الفصامية، فإن ذوى الشخصية التجنبيه يرغبون التواصل مع الأخرين، يعيشون حياة مشحونه بالصراعات المتواصلة من قبيل صراع إقدام/ إحجام تتمثل فى الرغبة فى التواصل مع الناس (إقدم)، وتجنب خطر الانخراط بينهم (إحجام).

ويمكن أن يؤدى سلوك الأفراد المصابين باضطراب الشخصية التجنبيه إلى إدخالهم فى دورة مستمرة من الخطأ والاضطراب، حيث يؤدى ظهورهم بمظهر المنعزل والمتباعد عن رفاق العمل والأقران الأخرين إلى جعلهم بدورهم يتباعدون هم أيضاً عنه، وهو ما يؤدى إلى جعل الشخصية التجنبيه لا تتلقى إشارات التقبل التى نتوقعها وننتظرها جميعاً من الرفاق والزملاء، وهو ما يولد لديهم إحساساً أبدياً بعدم الأهلية الاجتماعية التى هى بؤرة الاضطراب. كما أن لديهم مشكلة أيضاً فيما يتعلق بالألفة intimacy التى تتطور من خلال الكشف المتبادل للذات، ونظراً لأن العلاقات البينشخصية للأفراد التجنبيين تكبح التدخل مع هذه العملية، ومن ثم تسهم فى خلق ما يخشاه المريض وهو الشعور بالرفض. ويمكن رؤية نفس النمط فى المهارات الاجتماعية الذى يعد سلوكاً متعلماً ومكتسباً، وبالإضافة إلى ذلك فإن نمط السلوك التجنبى يتبعه تحديد الأفراد لكم الخبرات البينشخصية التى يجب أن يكتسبوها وتلك التى يجب أن يتجنبوها وأقل المهارات الاجتماعية التى يجب أن يتمتعوا بها. وربما يكون هناك بعض الأسس الواقعية لفكرة المرء عن ذاته لدى الأشخاص المصابين بالاضطراب التجنبى الذين يرون أنفسهم غير كفؤ اجتماعياً بصرف النظر عن استمرار دورة الاضطراب من عدمه.

المحكات التشخيصية لإضطراب الشخصية الهروبية (التجنبيه) (DSM. IV, 1994)

نمط متغلغل من الكف الاجتماعى والشعور بعدم الكفاية، الحساسية الزائدة للتقويم السلبى، يبدأ فى الرشد المبكر، ويوجد فى العديد من المواقع ويُستدل عليه بأربعة (أو أكثر) مما يلى:ـــ

١- يتجنب الانشطة المهنية التى تشتمل إتصالاً بينشخصياً جوهرياً، بسبب مخاوف من الانتقاد أو عدم التقبل أو الرفض.

٢- يكون غير راغب فى الاندماج مع الناس ما لم يتأكد من أنهم يتقبلونه.

٣- يُظهر مقاومة للعلاقات الودودة بسبب الخوف من الخزى أو أن تناله السخرية.

٤- ينشغل بأن يكون منتقداً أو مرفوضاً فى مواقف اجتماعية.

٥- يكون لديه كف فى المواقف البينشخصية الجديدة بسبب مشاعر عدم الملائمة.

٦- ينظر لنفسه على أنه غير ملائم اجتماعياً، غير جذاب شخصياً أو أقل من الأخرين.

٧- متردد بشكل غير عادى لأن يقدم على مخاطرات أو يشترك فى أى أشطة جديدة خوفاً من أن يثبت كدرها.

نسبة الانتشار:ــ تتراوح نسبة اضطراب الشخصية التجنبيه ما بين ٠,٥-١٪ من المجتمع، فى حين تبلغ النسبة حوالى ١٠٪ من المترددين على العيادات الخارجية للصحة النفسية وهو أكثر شيوعاً بين النساء مقارنة بالرجال وخاصة فى المجتمعات الشرقية التى لا تشجع ولا تعزز التفاعلات البينشخصية منذ الصغر لدى الفتاة، رغم أن الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية يرى أنه من المحتمل أن تكون النسبة متكافئة بين الجنسين.

٢ـ اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder

لوصف مفهوم الاعتمادية العديد من الجذور التاريخية، بما فى ذلك نظرية التحليل النفسى وعلم نفس النمو، وعلم النفس الاجتماعى، وعلم الأخلاق، ويمثل وصف الأصدار الرابع من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية مزيجاً من هذه المجالات المتنوعة، ويركز على عرضين أساسين هما:ــ

١ــ الحاجة المتغلغلة والمبالغ فيها من قبل الفرد لأن يكون محل رعاية الأخرين واهتمامهم.

٢ـ الارتباط القوى بالأخرين والطاعة العمياء لهم والخوف من الانفصال عنهم، والأفراد ذوى الشخصية الاعتمادية يعولون على الأخرين اتخاذ معظم القرارات الهامة لهم، وسلبيون بشكل يسمح للآخرين تحمل مسئوليتهم فى الحياة، فربما لا يغادرون منزل الأسرة، ولا يسعون لتكوين علاقات صداقة بخلاف رفيق الحجرة أو تقبل الأعمال غير تلك التى يوفرها الزوج أو الزوجة، وقد يتركون للآخرين كالزوج أو الوالدين تحديد مكان العيش ونوع العمل، وتكون رغباتهم الذاتية ثانوية لتلك التى تخص الأفراد الذين يعتمدون عليهم خوفاً من احتمال نقد هؤلاء المعُيلين والاعتماد على الذات من دونهم، فهم يفتقرون إلى الثقة بالنفس ويحسبون أنفسهم مغفلين لا نفع فيهم (حسان قمحية وآخرين ١٩٩٣).

ولكسب الموافقة، وضمان المساندة من قبل من يعتمد عليهم، فإن هؤلاء الأفراد ربما يقدمون بعض التضحيات عن طيب خاطر أو القيام بعمل ما، أو مهام

لا ينتظرون عليها جزاءً ولا شكوراً من قبل الأخرين، فقد تنازلت إحدى حالات اضطراب الشخصية الاعتمادية عن كل ممتلكاتها تبرعاً لشخصية أخرى أعجبت بها وأثنت عليها، ومن ناحية أخرى، وبسبب الخوف من فقد المساندة والدعم والقبول يعارض هؤلاء الأفراد بشدة أى اختلاف فى الرأى مع الأخرين، وعندما تنتهى علاقة حميمة لأى سبب، فقد يسعون لتكوين علاقة بديلة مع أول شخص يجده مناسب لا لشئ إلا ليتجنب الافتقاد إلى شخص يعتمد عليه ويعول عليه همومه.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية الإعتمادية (DSM. IV, 1994)

حاجة متغلغلة زائدة لأن يهتم به آخرون مما يؤدى إلى سلوك خاضع وجامد ومخاوف من الانفصال، تبدأ فى الرشد المبكر وتوجد فى مجموعة من المواقع يستدل عليها بخمس (أو أكثر) مما يلى:-

١ـ لديه صعوبة فى اتخاذ القرارات اليومية بدون كم زائد من النصح والتأكيدات يتلقاها من الأخرين.

٢ـ يحتاج من الأخرين أن يتولوا المسئولية عن معظم المجالات الرئيسية فى حياته.

٣ـ لدية صعوبة فى التعبير عن عدم الموافقة مع الأخرين بسبب الخوف من فقدان المساندة او التقبل.

ملحوظة: لا يندرج هنا المخاوف الواقعية من الجزاء (العقاب)

٤ـ لدية صعوبة فى بدء مشروعات أو عمل أشياء بشخصه (بسبب نقص الثقة فى الحكم أو القدرات فضلاً عن نقص الدافعية أو الطاقة).

٥ـ يذهب إلى أبعد مدى يستطيعه للحصول على العطاء او المساندة من الأخرين لدرجة التطوع لعمل أشياء تكون غير سارة.

٦ـ يشعر بعدم الارتياح والعجز (قلة الحيلة) Helpless عندما يكون بمفرده بسبب المخاوف المبالغ فيها من أن يكون غير قادر على رعاية نفسه.

٧ـ يبحث بإلحاح عن علاقة أخرى كمصدر للرعاية والمساندة كبديل عن علاقة وثيقة انتهت بالفعل.

٨ـ ينشغل بشكل غير واقعى بالخوف من أن يترك وحده لرعاية نفسه.

نسبة الانتشار: هذا الاضطراب أكثر اضطرابات الشخصية شيوعاً على وجه العموم وهو أكثر شيوعاً لدى النساء مقارنة بالرجال.

٣ـ اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-compulsive Personality Disorder

في عام ١٨٩٠ قدم فرويد وصفاً لعدد من السمات والخصائص أطلق عليها الخصائص الشرجية كالبخل والعناد والمبالغة فى النظافة والمحافظة على النظام والدقة الصارمة، وضيق الأفق والافتقار إلى الحكمة والمرونة، هذه السمات والخصائص تشترك معاً وتؤدى إلى خلق شخصية يصعب إرضاءها، حى الضمير، يُعتمد عليه وجدير بثقة الأخرين، بخيل، ومنظم، ومنذ ذلك الوقت أصبحت هذه الخصائص بمثابة السمات المميزة لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، ولا يختلف وصفها فى الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية عن تلك التى قدمها فرويد كثيراً. فهى شخصية ذات نمط متغلغل من الانشغال بالترتيب والكمال والضبط العقلى والعلاقات البينشخصية على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة، إلا أن الدليل قدم وصفاً أكثر تفصيلاً لهذه الخصائص.

والأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يكونوا مشغولين إلى حد بعيد بالتفاصيل والقواعد والقوانين والوائح المنظمة والقوائم التى ربما تفقدهم الاستبصار بالأهداف.الأساسية لما يمارسونه من نشاط. وربما يضيعون العديد من الساعات فى تنظيم العمل، وليس فى أداء العمل ذاته، وهم نزاعون إلى الكمال الذى قد يجعلهم عاجزين عن إتمام المطالب، وهم متصلبون غير قادرين على التعبير عن المشاعر الرقيقة والدافئة، ويستغرقون فى تفاصيل تافهة وأمور لا أهمية لها، ولا يحبون المستجدات او تغيير روتين الحياة ويفضلون ما تعودوا عليه من أمور رتيبة.

ويتميز نمط السلوك للأفراد ذوى الشخصية الوسواسية / القهرية بالتصلب والعناد والانضباط والسيطرة، كما أن هؤلاء الأفراد لديهم التزام صارم بالقيم، وضمير حى فيما يتعلق بالقضايا الأخلاقية، كما أنهم يكرسون وقتهم إلى أقصى حد للعمل ولا يعيرون أنشطة وقت الفراغ والاصدقاء الاهتمام الكاف، وهم يخلصون فى عملهم إلى أقصى درجة، فقليلاً ما يطلبون الحصول على أجازة ومن الصعب عليهم أن يستريحوا أثناء العمل، وعندما يصبحون أباء يكونوا أشبه بالرقيب فى الجيش الذى يدير أى تدريب وطابور (أو نشاط) بحزم معطياً دروساً من المهارة، ومحولاً كل نشاط هزلى إلى ممارسة جادة، كما أنهم بخلاء سواء كانوا أغنياء أو فقراء.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية ذات الوسواس القهرية (DSM.IV,1994)

نمط متغلغل من الانشغال بالترتيب والكمال والضبط العقلى والعلاقات الشخصية على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة تبدأ فى الرشد المبكر وتوجد فى عدد من المواقع، كما يستدل عليها بأربعة (أو أكثر) مما يلى:-

١- انشغال بالتفاصيل، والقواعد، والقوائم، والترتيب، والتنظيم، والمواعيد لدرجة تُفقد معها النقطة الرئيسية فى النشاط.

٢- يظهر الكمال الذى يشوس على (يُعطل) إكمال المهمة (مثلاً: غير قادر على إكمال مشروع بسبب عدم استيفاء معاييرة الصارمه الخاصة).

٣- مُكرس (لجهده ووقته) بشكل زائد للعمل والانتاجية لدرجة استبعاد أنشطة وقت الفراغ والصداقة (ولا يفسر ذلك بحاجة اقتصادية واضحة).

٤- حى الضمير بشكل زائد، مرتاب ومتردد، وغير مرن حول المسائل الاخلاقية أو الأداب أو القيم (لا تفسر بالتوحد الثقافى أو الدينى).

٥- غير قادر على استبعاد الأشياء التافهة حتى عندما لا يكون لها قيمة فى وجدانه أو عاطفته.

٦- يتلكأ فى مناقشة الواجبات أو العمل مع الأخرين ما لم يذعنوا تماماً لأسلوبه فى الأداء.

٧- يتبنى أسلوباً يتصف بالبخل الشديد فى الانفاق على نفسه وعلى الأخرين، وينظر للنقود على أنها شئ يجب أن يُستبقى للكوارث المقبلة.

٨- يُبدى تشدداً ومعاندة.

نسبة الانتشار: الدراسات التى اعتمدت على قياسات منهجية قدرت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الوسواسية بحوالى ١٪ فى المجتمع العام، وحوالى ٣-١٠٪ بين المترددين على عيادات الصحة النفسية، وتبلغ نسبته بين الرجال ضعف نسبته بين النساء.

رابعاً ــ اضطرابات الشخصية غير المصنفة فى موضع آخر:

ويندرج تحت هذه الفئة اضطرابات الشخصية التى لا تقابل محكاتها أى من اضطرابات الشخصية السابق ذكرها. مثلاً وجود أعراض أو محكات لأكثر من اضطراب ولا تتفق فى مجملها مع اضطراب واحد منها ويطلق على ذلك الشخصية المختلطة Mixed Personality، بشرط أن يؤدى ذلك إلى كرب أو توتر ذو دلاله اكلينيكية أو قصور فى واحد أو أكثر من مجالات الحياة الوظيفية او الاجتماعية، ومن أمثلة هذه الاضطرابات: اضطراب الشخصية الاكتئابية، واضطراب الشخصية العدائية، والشخصية الانهزامية، والشخصية السادية. وسوف نتحدث عن المحكات التشخيصية لكل منها فقط حيث انها مازالت تصنف فى DSM.IIIR، DSM.IV تحت الاضطرابات التى مازالت تحتاج إلى مزيد من الدراسة والتقويم.

١ـ اضطراب الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorder

المحكات التشخيصية (DSM.IV,1994 : 733)

أ ــ نمط مثابر من السلوكيات والمعارف الاكتئابية يبدا فى الرشد المبكر ويظهر فى قرائن متعددة كما يتضح من خلال خمس أو أكثر مما يلى:-

١- مزاج عام تسيطر عليه الكآبة، والغم، والحزن، وافتقاد البهجة، وعدم السعادة.

٢- مفهوم ذات يتمركز حول اعتقادات بعدم الكفاءة، وعدم القيمة، وانخفاض تقدير الذات.

٣- ناقد ولائم ومنتقص لقيمة الذات.

٤- حاضن ومانح للانزعاج والقلق.

٥- منكر، وناقد ومحاسب للآخرين.

٦- متشائم.

٧- مستغرق فى الشعور بالذنب أو الندم.

ب- لا تحدث أثناء نوبة الاكتئاب الأساسى، ولا تفسر بشكل أفضل بواسطة الاضطراب الاغتمامى.

وهكذا ينظر مرضى هذا الاضطراب لأنفسهم وكأنهم لا يستحقون المتعه أو السعادة ويتصفون دوماً بالقلق والانزعاج، ولا تبارح الافكار المحزنة مخيلته وهم متشائمون ينظرون للمستقبل من وراء نظارة سوداء، ويشكون إن بالإمكان تحسن الأمور ويتوقعون الأسوأ دائماً، وقاسيين فى حكمهم على ذاتهم والأخرين ولديهم مستوى منخفض من تقدير الذات ومستوى مرتفع من الشعور بعدم الكفاية. ويرون عيوب الأخرين دون مميزاتهم. ومن المتوقع وجود فروق بين الجنسين فى معدل الاضطراب.

٢ـ اضطراب الشخصية سلبية العدوان Passive – Aggressive Personality Disorder

توحى السلبية بعدم الرغبة فى القيام بعمل والكسل والبلادة والاعتماد على الأخرين وإقامة علاقات تلقى واعتمادية معهم. ويذكر كمال دسوقى (١٩٩٠) "أن الشخصية سلبية العدوان ينقصها الاستقلال الأصيل وتستجيب للمصاعب أما بعدم البت أو التشبث بالأخرين من أجل معونتهم، وأما بقابلية التهيج وسورات الغضب وبروح التحطيم أو بروح التعويق والتعطيل" وقد يفهم من السلبية العدوانية التحريض وليس العدوان المباشر أو العدائية وحمل الكراهية والضغينة دون الإفساح لهذه المشاعر بالظهور وقد ترتبط هذه الاعراض بهذا الاضطراب.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية سلبية العدوان (DSM.IV,1994)

أ ــ نمط مثابر من الاتجاهات السلبية والمقاومة السلبية لمطالب الأداء الفعال، تبدأ فى الرشد المبكر، ويوجد فى قرائن متعددة كما يتضح من خلال أربعة أو أكثر مما يلى:ــ

١- المقاومة السلبية لانجاز المهام الوظيفية والاجتماعية الروتينية.

٢- الشكوى والتذمر من أنه غير مفهوم وغير مُقدر من قبل الأخرين.

٣- حاقد ومجادل.

٤- منتقد بشكل غير معقول ومذدرى للسلطة.

٥- يعبر عن حقده وامتعاضه واستياءة لمن هم أسعد حظاً منه.

٦- المبالغة فى التعبير لفظياً، والشكوى الدائمة من سوء وتعاسة حظه.

٧- التناوب ما بين التحدى والمقاومة العدائية والندم.

ب ـــ لا يحدث بوضوح أثناء نوبة الاكتئاب الأساسى ولا يفسر بشكل أفضل بواسطة اضطراب الاغتمام.

وهكذا تتميز هذه الفئة بنمط متعمق من المقاومة السلبية والتأجيل والعناد ونقص الكفاءة، وهذه السلوكيات تعد تعبيراً عن العدوان الداخلى، وغالباً ما يفسدون مجهودات الأخرين بعدم أداء الجزء المكلفين به ويتميزون بسرعة الاستثارة إذا طُلب منهم شيئاً لا يريدونه، ويحتجون ويرفضون الاقتراحات المفيدة من الأخرين كما يتميزون بضعف الثقة بالنفس والتشاؤم (محمود حمودة: ١٩٩٠.)

٣- اضطراب الشخصية السادية Sadidstic Personality Disorder

لم يرد هذا الاضطراب فىDSM.IV ولكنه ورد من قبل فى .DSM.IIIR، حيث يتميز أصحاب هذا الاضطراب بالوحشية والعدوانية والرغبة من حط قدر الأخرين وازدراءهم (ولا ينطبق ذلك الاضطراب على الشخص اذا كان سلوكه مقصوراً على الناحية الجنسية أو موجهاً إلى شخص بعينه كالزوجة) ويبدأ الاضطراب فى الرشد المبكر وتتضح معالمه فى مجال العلاقات الاجتماعية (إلى حد ما مع أفراد الأسرة) وفى مجال العمل (خاصة مع الزملاء أو الخاضعين لرئاسته) ولكنه نادراً ما يظهر فى التفاعل الاجتماعى مع أشخاص ذوى سلطة أو مكانه اجتماعية أرقى. والعديد من المصابين بهذا الاضطراب يستخدمون العنف الجسدى والوحشية لإحكام سيطرتهم فى العلاقات البينشخصية (وليس لمجرد تحقيق بعض الأهداف غير المتعلقة بالعلاقات البينشخصية كضرب شخص لاغتصابه أو اغتصابها) ويتصاعد هذا العنف ويتكرر كلما أدرك الشخص أن الضحية تستسلم سريعاً ولا تقاوم ولا تمثل مصدر تهديد له، بعض الأشخاص الأخرين المصابين بهذا الاضطراب لا يستخدمون العنف الجسدى إطلاقاً على الرغم من أنهم فى كثير من الحالات يكونون مفتونين بالعنف وجرائمه وفنون العسكرية، والإهانة والظلم والتعذيب ومن أمثلة ذلك الرجل غير العنيف الذى يميل لقرأة مجلات الحوادث، وكتب المعارك ويشاهد المصارعة ويتعاطف دوماً مع المنتصر ويجمع البنادق والسكاكين.

كما تعكس العديد من سلوكيات هذه الفئة الافتقار إلى التعاطف مع الأخرين. فقد يلجأ أصحاب هذا الاضطراب إلى إيذاء مشاعر فرد ما في وجود الأخرين او ينشدون النظام من شخص تحت سلطاتهم بطريقة جافة وفردية كالأب الذى يعاقب إبنه على خطأ بسيط أو المعلم الذى يمعن فى إذلال طلابه، كما يستمتعون بالمعاناة النفسية والجسدية للآخرين (بما فى ذلك الحيوانات)، كما يجلبون الأذى للأخرين إفتراءاً وكذباً كالأم التى تتهم ابنها بأنه ارتكب خطأ ليعاقبه الأب بوحشية.

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية السادية (DSM.IIIR,1987)

أ- نمط مثابر من القسوة والإذلال والسلوك العدوانى يبدأ فى الرشد المبكر كما يتضح من التقريرات الحادثة من خلال أربعة ما يلى:-

١- استخدام القسوة الجسدية أو العنف بغرض فرض سيطرته فى علاقة.

٢- إذلال الأخرين والحط من قدرهم على مرأى ومسمع من الأخرين.

٣- التعامل مع الأشخاص أو توجيههم ممن يقعون تحت سلطته بطريقة جافة وقاسية عادة (كالأطفال، والطلاب، والمساجين، والمرضى).

٤- الاستمتاع بتعذيب الأخرين وبمعاناتهم النفسية والجسدية (بما فى ذلك الحيوانات)

٥- الكذب بغرض إيذاء الأخرين أو إيقاع الألم بهم (وليس لأى غرض أخر).

٦- إكراه الأخرين على عمل ما يريده بإرعابهم وتخويفهم (سواء بالتلميح أو التصريح).

٧- تقييد حرية الأخرين ممن تربطه بهم علاقة وطيدة (مثلاً عدم السماح للزوجة بمغادرة المنزل إطلاقاً أو للأبناء من المراهقين فى الانخراط فى علاقات اجتماعية مع زفاق السن من نفس الجنس)

٨- مفتون بالعنف والتعذيب وفنون الحرب وإيذاء الأخرين.

ب- السلوكيات الموضحة فى المحك (أ) ليست موجهة مباشرة إزاء شخص بعينة

(كالطفل او الزوجة)، وغير مقتصرة على الاستمتاع الجنسى (كما فى السادية الجنسية).

نسبة الانتشار: هذا الاضطراب نادر فى العينات المرضية، ولكنه أكثر شيوعاً بين من يتعرضون للمواقفة القانونية، كما أنه أكثر شيوعاً بين الرجال من النساء.

٤- اضطراب الشخصية الانهزامية Self-defeating Personality Disorder

عرف هذا الاضطراب فى السابق باضطراب الشخصية المازوخية، ولكن تم تعديله لتجنب الارتباط بمصطلح التحليل النفسى الذى يحمل نفس المعنى عن الجنسية الأنثوية والذى يعنى أن لدى المرأة دوافع لا شعورية للاستمتاع من المعاناة. وقد تعرضت نظريات عديدة كالتحليل النفسى والمعرفية والتعلم الاجتماعى لشرح أصل هذا النمط السلوكى.

وأهم الملامح المميزة لهذا الاضطراب وجود نمط مثابرة من السلوك الانهزامى وتجنب الفرد المواقف والخبرات السارة والميل للانخراط فى أنشطة أو مسايرة أشخاص يجلبون له الآلم والمعاناه مع وجود فرصة لتجنبهم (ولا يعد الفرد شخصية انهزامية إذا كان السلوك مقصوراً على المازوخية الجنسية) ومن أمثلة ذلك المرأة التى تقبل الزواج من رجل سكير أو سليط اللسان ، والموظف الكفؤ الذى يقبل العمل فى مؤسسة لا تقدر إمكاناته وتمنحه أجراً منخفضاً. وكذلك العزوف عن تلقى العون والمساعدة من الأخرين ولذلك فإنهم عادة ما يفضلون اجترار آلمهم وتجنب زيارة الطبيب أو المعالج النفسى، كما يضفون على المواقف السارة كالأفراح والنجاح مشاعر الحزن والغم ويتجنبون المناسبات السارة إن استطاعوا فلا يحصلون على أجازة من العمل بغرض الفسحة مثلاً ولا يذهبون للسينما أو المسرح ويتنكرون لأى مواقف سارة ويهملون أداء الواجبات المنوطة بهم رغم قدرتهم على أدائها وفى المقابل قد يعاونون الأخرين بهمة وعزيمة كطالب الدكتوراه الذى يهمل دراسته لمعاونة غيره. ويُعتقد أن الإساءة النفسية والجنسية والجسدية للطفل، والاهمال أو القسوة كلها عوامل تخلق الاستعداد لتطور هذا الاضطراب.

المحكات التشخيصية لإضطراب الشخصية الانهزامية (DSM. IIIR, 1987)

أ ــ نمط مثابر من سلوك انهزام الذات يبدأ فى الرشد المبكر ويوجد فى قرائن متعددة، فربما يتجنب الشخص المواقف أو الخبرات السارة، ويميل إلى الانخراط فى مواقف أوعلاقات يجد فيها المعاناة أو يمنع الأخرين من مساعدته (مساعدتها) كما يتضح من خلال خمس على الأقل فقط مما يلى :-

١ـ اختيار أشخاص، ومواقف تسبب له أو تقودة إلى الاحباط وخيبة الأمل والفشل، أو سؤ المعاملة، على الرغم من وجود خيارات بديلة أفضل بشكل واضح.

٢ـ يعرض عن أو يعزف أو يسلم بعدم فعالية محاولات الأخرين لمساعدته.

٣ـ يستجيب للأحداث الشخصية الايجابية (إنجاز جديد مثلاً) بالاكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوكيات تسبب له الألم (مثل التعرض لحادث).

٤ـ يحرض فى الأخرين استجابات الغضب والرفض إزاءه ثم ينتابه شعور بالإيذاء والانهزامية أو الإذلال (مثلا: كالمزاح مع الزوجة أو الزوج أمام الناس بطريقة تحرضها على الرد بمثلة، وعندئذ يشعر بالتذمر والغضب).

٥ـ يرفض فرص الاستمتاع المشروع، وينكر ويعارض محاولات الأخرين للترويح عنه (على الرغم من تمتعه بالمهارات الاجتماعية والقدرة على الاستمتاع).

٦ـ الاخفاق فى القيام بالمهام التى يحتاجها لأغراض شخصية رغم امتلاكه للمهارات والقدرات اللازمة لذلك (كالمشرف الذى يساعد طلابه على كتابة أبحاثهم وهو عاجز عن انجاز انتاجه العلمى للترقية).

٧ـ غير مشغول أو مهتم ورافض للأشخاص الذين يحسنون معاملته بشكل دائم (لا تطربه ولا تسعده تأوهات رفيق العلاقة الجنسية).

٨ـ الانخراط فى سلوكيات التضحية بالنفس والجود بالذات حتى بدون أن يطلب منه ذلك من قبل من يضحى من أجله.

ب ـ السلوكيات المذكورة فى المحك (أ) لا تحدث دوماً كاستجابة او نتيجة توقع لإساءة المعاملة الجسدية أو النفسية أو الجنسية.

جـ ـ لا تحدث السلوكيات المذكورة فى المحك (أ) فقط عندما يكون الشخص مكتئب.

نسبة الانتشار: تقترح الدراسات المبدئية فى هذا السياق أن هذا الاضطراب ربما يكون من أكثر اضطرابات الشخصية شيوعاً فى العينات المرضية وتتراوح النسبة بين الاناث إلى الذكور كنسبة ٣ : ٢ أو ٢ : ١ ويشيع الاضطراب بين أقارب الدرجة الأولى للمريض أكثر من شيوعه بين المجتمع العام مما يدل على وجود دور للعوامل الوراثية فيه.

الأسباب: يعد النموذج البيولوجى / النفسى / الاجتماعى أكثر النماذج مناسبة لشرح اضطرابات الشخصية حيث يصف أكسيكال Akiskal, 1991 الشخصية بأنها دمج أو مزاوجة بين الخصائص البيولوجية والصفات النمائية، كما يوافق أغلب علماء النفس على أن كل من العوامل الوراثية والبيئية فى غاية الأهمية فى تطور اضطرابات الشخصية، ولكن الجزء الأكثر صعوبة هنا هو تحديد العوامل النسبية فى كل حالة ووصف الكيفية التى تفاعلت بها هذه العوامل وأدت إلى الاضطراب، ونظراً للتداخل الهائل بين اضطرابات الشخصية المختلفة يصبح من غير المقبول مناقشة أسباب كل اضطراب على حدة، ولنفرض على سبيل المثال أن الباحثين قد وجدوا أن حالات اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع يعانى تاريخاً طويلاً من الشعور بالرفض الوالدى، ونظراً لأن الشخصية المناهضة للمجتمع تتداخل بوضوح مع اضطرابات الشخصية الحدية، والنرجسية، والهستيرية، فإن الرفض الوالدى سوف يوجد كأسلوب معاملة فى تاريخ حياة الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات. ونظراً لأن اضطرابات الشخصية لم تعرف بشكل رسمى وعلمى الا حديثاً، فإن أدبيات وصف أسباب هذه الاضطرابات سيبقى لفترة من الزمن يفتقد الدعم التجريبى، وسوف تبقى تعتمد على التخمين والتقدير. بعض النظريات تركز على العوامل البيولوجية التى لا نعرف بعد على وجه الدقة طريقة مناسبة لقياسها، كما أنه فى شرحنا لأسباب اضطرابات الشخصية يكون من المفيد أكثر أن نضع فى اعتبارنا النماذج السببية المختلفة فى تصور عريض وشامل. كما تجدر الإشارة إلى أن الاضطرابات المختلفة التى تبدو أكثر ارتباطاً قد تساعد أكثر على فك رموز أسباب هذه الاضطرابات المعقدة.

أولاً: العوامل البيولوجية:-

راجع سيفر وديفز Siever & Davis, 1991 الحقائق والمعطيات البيولوجية المرتبطة باضطراب الشخصية، ولخصاها وقدما وجهة نظر بيولوجية / نفسية شاملة. واقترحا أربعة مجالات تشرح الارتباطات الملحوظة بين العوامل البيولوجية واضطرابات الشخصية هما التنظيم المعرفى/الإدراكى، والاندفاعية/العدوان، عدم الثبات العاطفى، القلق/الكف. وكل من هذه الأبعاد أوالعوامل يتكون من عوامل بيولوجية ونفسية معقدة، ويكونوا معاً مخطط مفيد لتنظيم المعرفة النفس عصبية، والفسيولوجية والوراثية التى تندرج تحت اضطراب الشخصية.

١- التنظيم المعرفى الإدراكى Cognitive/Perceptual Organization، ويندرج هذا البعد تحت نطاق طيف الفصام Schizophrenia Spectrum ويشمل كل من الفصام والمجموعة (أ) من اضطرابات الشخصية، واضطرابات الطيف الفصامى شائعة بين أقارب الدرجة الأولى للمريض (كالوالدين والأقران والأبناء). فقد لوحظ أن الأفراد ذوى اضطرابات الشخصية يعانون قصوراً جزئياً فى حركة العين كتلك التي تظهر فى مرضى الفصام. كما يقترح سيفر وديفز ١٩٩١ ان صعوبات التنظيم المعرفى الإدراكى يمكن أن تتداخل مع تطور العلاقات المشبعة بين الطفل ومانحى الرعاية له، وهو ما يعد نقطة البداية فى خلق المتاعب والصعوبات التى تظهر فى اضطرابات الشخصية، أضف لذلك أن أطفال مرضى الفصام يبدون غير أسوياء فى عملية الانتباه وبقصور التواصل الاجتماعى وهى خاصية أخرى من خصائص المجموعة (أ) من اضطرابات الشخصية.

٢- الاندفاعية / العدوان Impulsivity / Aggression: ويعكس هذا البعد الفروق الفردية فى درجة الاستجابة للمثيرات خارجياً أو داخلياً، وقد بحث زويكرمان Zuckerman 1991 بعمق بعداً مماثلاً تماماً وأطلق عليه السعى إلى الاحساسات الاندفاعية وغير المروضة اجتماعياً Impulsive unsocialized Sensation seeking. وطبقاً لرأى سيفر وديفز ١٩٩١ فإن الأفراد الاندفاعيين / العدوانيين موجهين فى أعمالهم، ويجدون صعوبة فى توقع أثار سلوكهم، أو التعلم

من النتائج غير المرغوبة لسلوكهم السابق، ويقمعون أو يؤجلون التصرفات المناسبة. وهذه خاصية مميزة لاضطرابات شخصية معينة خاصة الشخصية المناهضة للمجتمع، والشخصية الحدية. والسلوك الاندفاعي يرتبط بقوة مع الجناح الخطير الذي يبقى ثابتاً عبر الزمن ، كما وجد الباحثون أن السيكوباتيين والمناهضيين للمجتمع يعانون قصوراً في قدراتهم المعرفية ويفشلون في التعلم من التغذية المرتدة السالبة، ويعانون صعوبة في تأجيل الحصول على الإشباعات والملذات.

ويمثل السلوك المناهض للمجتمع في المراهقة نذيراً لاضطرابات الشخصية في الرشد، ويمكن التنبؤ به بشكل قوي من خلال القصور العصبي النفسي وخاصة في الوظائف المعرفية الراقية، كما وجدت الاختلالات النفسية المعرفية في اضطرابات الشخصية الحدية، أضف لذلك أن قصور الانتباه والنشاط الزائد في الطفولة يرتبط بكل من اضطرابات التواصل في المراهقة، واضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع في الرشد. وفي دراسة لعينة قوامها ٢٣٨ من الذكور الذين تم تبنيهم ينحدرون من أباء جانحين أو مجرمين وجد أن لديهم فرط النشاط الزائد وقصور الانتباه والعدوانية، واضطرابات الشخصية وهو ما يدعم الأساس الوراثي لهذا السلوك. وأخيراً فإن سلوك الاندفاعية والعدوانية لدى كل من المراهقين والراشدين يرتبط باختلال النشاط الوظيفي لواحد من أهم الناقلات العصبية وهو السيروتونين، وكل هذه النتائج المستمدة من العديد من الباحثين توضح ان القصور العصبي الحيوي، والعصبي / النفسي اللذان يرتبطان بكل من قصور الانتباه، وضعف القدرة على الضبط والتنظيم الذاتي للسلوك ذات أساس وراثي بالدرجة الأولى.

والسؤال الذي يفرض نفسه الآن لماذا يُشخص الذكور أكثر في اضطرابات الشخصية المناهضة للمجتمع والشخصية النرجسية في حين تشخص النساء أكثر في اضطرابات الشخصية الحدية والهستيرية، وربما يرجع ذلك إلى اختلاف خبرات التنشئة لكل من الرجال والنساء نظراً لأن ذوي الأنماط الاندفاعية / العدوانية تقودهم اندفاعاتهم إلى تعبيرات سلوكية متباينة لهذه السمات، وعلى أي الأحوال فإنه من غير المحتمل أن تكون العوامل البيولوجية وحدها هي المسئولة عن هذه الفروق، وربما نتزود بأدله إضافية عند حديثنا عن المدخل البيولوجي / النفسي / الاجتماعي.

٣- عدم الثبات أو الاستقرار العاطفى Affective Instability: يربط سيفر وديفز هذا البعد بالاضطرابات المزاجية فى المحور الأول Axsis 1 وبالمجموعة (ب) من اضطرابات الشخصية فى المحور الثانى Axsis II وخاصة اضطرابات الشخصية الحدية والهستيرية، وقد وجدت نتائج بيولوجية متطابقة بين كلا النوعين من الاضطرابات، وقد عدد الباحثون عدداً من أشكال اللاسواء المتناظرة فى وظائف المخ أثناء النوم فى كل الاختلالات المزاجية واضطرابات الشخصية المتصفة بعدم الاستقرار العاطفى (مثل: الأوقات القصيرة والمتباينة المدى بين الاستغراق فى النوم وبداية الحركات السريعة للعين المرتبطة بالأحلام). ويكاد يكون هناك الكثير من الاتفاق بين الباحثين فى عوامل الشخصية المؤدية للاكتئاب، فبعد عدم الثبات الانفعالى مطابق تماماً لعدم التنظيم فى جهاز أو نظام النشاط السلوكى behavior activation system (BAS)، فالافتقار إلى التنظيم فى هذا النظام ربما يشرح الكآبة النشطة للأشخاص الذين يندرجون تحت المجموعة (ب) فى اضطرابات الشخصية، وتصدق الدراسات الحديثة على أن الفروق الفردية فى التنظيم المزاجى ترتبط بإعادة تنشيط إفراز الدوبامين فى المخ. والمتضمن فى تنظيم (BAS)، كما أوضحت دراسات التوائم أن هذا المجال العريض يتضمن مكونات وراثية فرعية كالتأثر بالعوامل البيئية.

ويفترض أكسكال (١٩٩١) أن العديد مما يعرف باضطرابات الشخصية هى فى الحقيقة تعبيرات غير مميزة أو غير مدركة للاضطرابات المزاجية، ووصف كل من عدم ثبات وفرط شدة المزاج الدورى التى توازى أو تعادل ما هو موصوف فى اضطرابات الشخصية الحدية والنرجسية من أعراض.

٤- القلق / القمع أو الكف Anxiety / Inhibition: يربط سيفر وديفز البعد الأخير باضطرابات القلق فى المحورين (I)، (II) والمجموعة (جـ) من اضطرابات الشخصية (القلقة والخائفة) وقد ربطت النتائج بين الخوف الاجتماعى وهو أحد اختلالات القلق باضطرابات الشخصية التجنبيه، وبعض العلماء يوافق وبشدة على أنهما يمثلان نقاط واضحة على خط متصل أكثر مما يمثلان تشخيصين منفصلين. ومن الواضح إلى حد بعيد أن هناك تطابقاً بين هذا البعد المقترح ونظام

(جهاز) الكف السلوكى behavioral Inhibition System (BIS)، وكنظام بيولوجى يرتبط نظام الكف بشكل أكثر وضوحاً بأحد الأبعاد الخاصة فى الشخصية وهو العاطفة السلبية Negative Affectivity ويعرف بالعصابية Neuroticism الذى سبق ذكرة فى مدخل العوامل الخمس للشخصية فى هذا الفصل. فالأشخاص الذين لديهم عاطفة سلبية واضحة والتى تتضمن القلق لديهم نظام كف سلوكى قوى جداً أو نشط. وذلك لأنه حتى المثيرات الخفيفة تمثل تهديداً محتملاً لمثل هذا الفرد، إنه يتصف بكونه متوتر ومشدود، وغير أمن ومنزعج كما يبدو متردداً وخجولاً، وحذراً ومنسحب أو منعزل اجتماعياً.

وتتمثل العاطفة السلبية العامة ببعد القلق / الكف الذى يبدو مميزاً إلى حد ما للقلق ومرتبطاً باضطرابات الشخصية، ولكن ارتباطه غير مقصور على هذه التشخيصات، ولكنه يرتبط أيضاً بمدى واسع من الاضطرابات العقلية، وعلى سبيل المثال ففى دراسة لمائة وخمسة عشر مريضاً بأى من القلق أو الاكتئاب المعاود وجد أن كل من اضطرابات الشخصية التجنبية والاعتمادية يظهران بمعدل متساو أو تقريباً فى كلا المجموعتين (Mauri et al, 1992).

وفيما يلى عرض مقارن لبعض النماذج التى تقدم وصفاً للشخصية واضطراباتها.

أولاً: النماذج النفسية البيولوجية

الباحث	الأبعاد
- سيفر وديفز (١٩٩١)	القلق/الكف - عدم الثبات العاطفى - الاندفاعية/العدوانية - التنظيم المعرفى/الإدراكى.
- جراى (١٩٧٠، ١٩٨٧)	نظام الكف السلوكى - نظام التنشيط السلوكى - نظام الكر أو الفر (الهرب او المواجهة)
- كلوننيجر (١٩٨٧)	تجنب الأذى - الاعتماد على التعزيز - السعى للتجديد.

ثانياً: نماذج سمات الشخصية:

- كوستا ومكراى (١٩٩٢)، جولدبرج (١٩٩٢)	العصابية مقابل الثبات الانفعالى، الانبساطية، أو حى الضمير - المساير، المنفتح على الخبرة، الذكى او المثقف.

- تلجن (١٩٨٥) الانفعالية السالبة، الانفعالية الموجبة، كبح العواطف مقابل عدم الكف.

عن ويلسون وأخرين (1996) Wilson G.T et al

ورغم ذلك سوف نبقى فى حاجة إلى مزيد من من العمل لتطوير نظام عام لوصف الشخصية السوية واللاسوية.

العوامل النفسية الاجتماعية:ـ

ونقصد بالعوامل النفسية / الاجتماعية ذلك المدى المتباين من وجهات النظر الذى يتراوح ما بين نماذج التحليل النفسى والتعلم الاجتماعى والسلوكية، وعلى الرغم من أن إسهامات التحليل النفسى فى فهم تطور اضطرابات الشخصية بُنيت على أسس اكلينيكية إلا أنها تفتقر إلى الأساس العلمى كالعادة فى البحث، أما المدخل المعرفى السلوكى فيعتمد على دراسات تزودنا بمعلومات عما يرتبط بهذه الاضطرابات أكثر مما يسببها، ولذلك فإن المدخل النفسى الاجتماعى يكامل بينهما.

وجوهر وجهة نظر التحليل النفسى أن أنماط الشخصية سواء المتكيفة منها أو غير المتكيفة تعكس تنظيماً داخلياً أو داخل النفس، فالشخصية بُنيت على أسس وراثية محددة وتصبح موحدة لتحقيق الحلول التكيفية للصراعات، وتنشأ اضطرابات الشخصية عندما ينمو هذا التنظيم الداخلى بشكل مشوه أو منحرف ويصبح متصلب وعاجز عن تقديم الحلول التكيفية لهذه الصراعات، ومثل هذا النمو غير المناسب ربما يكون نتيجة للتعرض المفرط لخبرات حياتيه غير صحية ومليئة بالتوتر والضغوط فى وقت لم يتطور لدى الشخص بعد الوسائل النفسية التى تساعده على مواجهتها، ولبعض اضطرابات الشخصية الموضحة فى الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية كالشخصية الاعتمادية والوسواسية القهرية، والهستيرية أصولها فى نظرية التحليل النفسى، والتى ترتكز على الصراع بين الدوافع الغريزية وخاصة الجنسية منها وقمعها بواسطة القوى الاجتماعية، أضف لذلك أن الشخصية النرجسية والحدية هى محل اهتمام وتركيز إحدى نظريات التحليل النفسى الحديثة وهى نظرية العلاقات بالموضوع - Object relations theory التى تؤكد على تأثير العلاقات المبكرة بالوالدين على

الخصائص النمائية، وطبقاً لهذه النظرية فإنه على سبيل المثال تكون الشخصية الاعتمادية قد تطورت نتيجة الحرمان الوالدى، لكن السمات المرتبطة بالوساوس القهرية فقد خلقتها صراعات الضبط، أما السمات الهستيرية فقد نتجت إلى حد ما من كل من الإغراءات والمنافسة الوالدية، كما أن الارتباطات الصادمة وغير المستقرة بالوالدين تقود بشكل جوهرى إلى اضطرابات الشخصية الحدية، أما الاتصال الوالدى الذى يفتقد إلى التعاطف بشكل واضح فيمثل عاملاً حرجاً فى تطور اضطراب الشخصية النرجسية (Gunderso, 1991).

كما أسهمت نظرية التعلق Attachment theory لأينزورس وبولبى Ainsworth & Bowlby 1991 فى الفكر التحليلى المعاصر بتركيزها على العوامل المعرفية فى النمو، فالدراسات الحديثة فى التعلق تنظر إلى الكيفية التى يشكل بها الأطفال نماذج العمل الخاصة بهم بداية بناءً على الكيفية التى يوظفون بها علاقاتهم الحميمة، فالمفاهيم المبكرة عن العلاقات الحميمة تحولت إذن هنا إلى نماذج للتفاعلات فى المراحل المتأخرة بما فى ذلك أنماط وأشكال مواعدة الجنس الآخر وأنماط الزواج، فالأطفال الذين يشعرون بالتعلق الآمن بوالديهم يتصرفون إزاء عملية الانفصال عنهما بشكل جيد، ولكن هؤلاء الذين يشعرون بالتعلق غير الآمن يستجيبون للانفصال عنهما بقلق، وفى العلاقات الأخيرة ربما يكرر الأطفال أنماط التعلق هذه.

وحديثاً بدأ الباحثون يتدارسون نظرية التعلق فى علاقتها باضطراب الشخصية، ففى مقارنة بأفراد ليس لديهم هذه الاضطرابات كان الاشخاص الذين يعانون منها لديهم اختلالات فى التواصل كراشدين ويسترجعون علاقتهم فى الطفولة مع والدهم على أنها كانت علاقات مختلفة ومضطربة. ولكن هل يعكس مثل هذا الاستنتاج حقيقة علاقة الوالد / الطفل أم أنه يرجع إلى تشويه فيما يتم استدعاءه بناءً على ما هو معروف اليوم فى علم السيكوباثولوجى؟ فقد بحثت إحدى الدراسات العلاقة بين الأمهات وبناتهم المراهقات اللاتى يعانين من اضطراب الشخصية الحدية فى مقارنتهم بأخريات من الأسوياء قام بها كولومب وأخرين Colomb et al 1994 حيث وجدوا أن أمهات المراهقات اللاتى يعانين من اضطراب الشخصية يملن لإظهار بناتهن على أنهن فى حاجة إلى شئ يدخل

عليهن السرور أو المتعة بدلاً من كونهم أفراد متميزين وبارزين، كما أن هؤلاء الأمهات يعانين من وجود صعوبات أكثر، وحياة أسرية فوضوية عن هؤلاء اللاتى لا تعانى بناتهن اضطراباً فى الشخصية.

كما ساهم كاجان Kagan, 1989 فى تطور نظرية التعلق من خلال تركيزه واهتمامه بدور الحالة المزاجية للطفل، حيث أجرى دراسات مكثفة عن الانحراف المزاجى فى الأطفال الذين تعرضوا والذين لم يتعرضوا للقمع مهتماً بتحديد سلوك الخجل للأطفال عندما كانوا فى عمر أربعة شهور، وقد دعمت هذه النتائج النموذج الحيوى / النفسى / الاجتماعى، لأنها تقترح أن العوامل البيولوجية تسهم فى خلق الفروق بين الأطفال، وكذلك فى السلوك الوالدى المحدد لدرجة التعلق. وربما يكون أفضل عامل يمكن الثقة فيه وأن نعول عليه تطور اضطراب الشخصية هو الإساءة للطفل سواء جسيماً أو عاطفياً، كما وجد أن الإساءة الجنسية خاصة أهم مسببات التورط فى اضطراب الشخصية، وعلى الرغم من أن العلاقة غير محددة على الأطلاق إلا أن الإساءة للطفل تمثل عامل خطر لمدى واسع من الإضطرابات العقلية، والعديد من الباحثين فى هذا المجال يقدرون مدى الإساءة للطفل بناءً على ما تحمله ذاكرتهم فى الرشد عن خبرات الطفولة دون الحصول على أدلة مدعمة لذلك. وقد حصل كونز Coons 1994 على أدلة موضوعية عن إساءة المعاملة التى تدعم ارتباطها مع الاضطرابات العقلية الخطيرة، حيث تم جمع تقريرات ذاتية عن الاساءة الجنسية فى بداية دراسة استطلاعية للتنبوء بسلوكيات تدمير الذات كمحاولات الانتحار.

المدخل البيولوجى / النفسى / الاجتماعى:-

يقترح باريز Paris 1993 (b) أن العوامل البيولوجية تلعب دوراً مزدوجاً يتمثل فى القابلية للإصابة أو الاستعداد للمرض من ناحية، والعوامل المحددة لنمط اضطراب الشخصية الذى قد يصاب به الفرد من ناحية أخرى، وبعبارة أخرى تحدد العوامل المزاجية للمرحلة والمدى الذى يبلغه الفرد من اضطرابات الشخصية، وتتفاعل العوامل البيئية مع الحالة المزاجية فى تحديد وتشكيل السلوك. وعلى سبيل المثال فقد لاحظ أكسكال (١٩٩١) أن الأفراد ذوى المزاج المتقلب إنفعالياً يستجيبون بشكل مبالغ فيه لمواقف الحياة، ومن خلال ردود الفعل المبالغ فيها فإنهم عادة ما

يسهمون فى خلق الأزمة التالية، فالجدال والمناقشة مع شخص تحبه (كاحد الوالدين أو الزوجة) قد يتطور إلى مزيد من النقاش والخلاف ومن ثم الدخول فى دائرة التفاعلات السلبية التى تحد من هذا الحب، إذا لم تؤدى إلى تطور اضطراباً فى الشخصية.

وقد أسهمت كوشانسكا (Kochanska, 1995) فى صياغة اقتراح جيد للتفاعل بين الحالة المزاجية والعوامل البينشخصية. حيث اقترحت أن تطور ونمو الضمير فى الأطفال خلال السنة الثانية والثالثة يعتمد على الكيفية التى تتفاعل بها الحالة المزاجية للطفل مع كيفية الارتباط والنمط التنظيمى للأم. فالطفل القلق يستدخل المعايير الاجتماعية بشكل أفضل فى حالة وجود نظام أمومى معتدل أو جيد. ولكن بالنسبة الطفل غير القلق فإن درجة التعلق والتواصل مع الأم تعد أفضل العوامل المنبئة باستدخال هذه المعايير. والطفل الذى يتعرض للقمع ربما يطور نمط وسواسى قهرى تحت ضغط نظام والدى صارم، فتحت ضغط القلق المؤلم لن يفعل الطفل أى خطأ أو يثير استياء وغضب والده القاسى. ومن ناحية أخرى فإن الطفل الذى لا يتعرض للقمع ويفتقر إلى التعلق والارتباط الوالدى ربما يفشل فى استدخال المعايير الاجتماعية وتتطور لديه أنماط سلوك مناهضة للمجتمع، وربما تعدل العوامل النفسية الأخرى من هذا المسار فتؤدى إلى تطور سمات الشخصية الاعتمادية أو النرجسية، وهكذا.

كما دمج باريس (١٩٩٣) العوامل الاجتماعية أيضاً فى نموذجة، حيث لاحظ أن عدم التكامل الاجتماعى، والتصدع الأسرى، وضعف الترابط الاجتماعى، والفقر كلها عوامل ذات علاقة عامة بالأمراض النفسية والعقلية، كما اعتقد أن عدم التكامل الاجتماعى ربما يؤثر على أنماط معينة من الشخصيات. وعلى سبيل المثال فإن سمة الاندفاع / العدوان ربما تكون أكثر من غيرها. كما أن فترات التغير الاجتماعى ربما تؤكد وجود صعوبات للأفراد الذين يعانون من وجود استعداد أو قابلية للإصابة فى البعد المعرفى / الادراكى، وأن ذوى الدرجة المرتفعة من القلق / الكف ربما يؤدون بشكل ضعيف فى الأوقات التى تكون فيها الأعراف والقواعد الاجتماعية غامضة أو مشوشة، وهناك ثلاث عناصر رئيسية يمكن تلخيصها من بين أعمال باريس (١٩٩١) هى:-

١- سمات الشخصية أو خصائصها المزاجية ذات مكون وراثى قوى، وحيث أن هذه السمات أو الخصائص المزاجية تشكل الأساس لاضطراب الشخصية فإن لها هى الأخرى أساساً وراثياً كذلك.

٢- خبرات الطفولة السالبة تضع الفرد فى خطر الإصابة باضطرابات متباينة، وكما يتضح من الارتباط العام بين الإساءة الجنسية والمرض النفسى والعقلى فمعظم الناس الذين يعانون اضطراباً فى الشخصية يعانون من مشكلات فى تفاعلهم مع أزواجهم / زوجاتهم.

٣- كل من التغيرات الاجتماعية، وعدم التكامل الاجتماعى، والتصدع الأسرى والفقر، وضعف الارتباط بالمجتمع أو الجماعة أيضاً تضع الفرد فى خطر الإصابة باضطرابات الشخصية، كما أن أنواع معينة من التغيرات الاجتماعية ربما يكون لها تأثيرات متباينة على الأفراد من ذوى الاستعدادات المتباينة للإصابة بالمرض.

ويستطيع الطبيب أو الاخصائى النفسى معاً أن يحددا إلى أى مدى تسهم العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية فى مشكلة الفرد. وقد أصبح من المعروف الأن أن نموذجاً أو نظاماً واحداً لم يعد كافياً بمفرده فى فهم أى مشكلة، وفى العديد من المستشفيات العقلية يستخدم مدخل الفريق Team approach أو مجموعة العمل حيث يعمل معاً كل من الطبيب النفسى والاخصائى الاكلينيكى والاخصائى الاجتماعى فى تحديد العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية المحددة لاضطراب كل حالة (Wilson, G.T. et al, 1996) .

العلاج:

منذ العديد من السنوات كان العلاج الأكثر شيوعاً لاضطرابات الشخصية هو العلاج السيكوديناميي ولكن الآن تم تطوير أنواع جديدة للعلاج، فكل من العلاجات النفسية / الاجتماعية والدوائية قد تم تطويرها، وعلى الرغم من ندرة الدراسات التى تبحث أو تقارن فعاليات الطرق المختلفة للعلاج إلا أن العديد من الطرق العلاجية الحديثة أظهرت نتائج مبشرة بالخير. وأحد التعقيدات فى علاج اضطراب الشخصية أنها تحدث مع اضطرابات المحور (1) أكثر مما تحدث

بمفردها. ولذلك فإنه فى معظم الحالات يواجه الطبيب بضرورة تقديم علاج متزامن لاثنين أو أكثر من الأنواع المختلفة من الاضطرابات، علاوة على ذلك فقد أثبتت المراجعة الحديثة لدراسة تلو الأخرى أن الأطباء غالباً ما يصرفون النظر عن اضطرابات المحور (1) كإساءة استخدام العقاقير، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات الأكل، وغيرها عندما يكون المريض يعانى من اضطراب الشخصية. وكذلك فالعلاج يكون أكثر بطأ وأكثر صعوبة، وكثيراً ما تحدث حالات الفشل والانتكاسة، ومع القليل من الاستثناء – فإن التراث الأدبى البحثى والاكلينيكى فى علاج اضطرابات الشخصية قد أهمل حقيقة ما بين هذه الاضطرابات من تداخل.

العلاج الطبى الدوائى:ـ

الغالبية العظمى من دراسات العلاج الدوائى لتشخيصات المحور الثانى (II) قد أهتمت أكثر بـإضطراب الشخصية الحدية. كما اختبرت مجموعة كبيرة من العقاقير لمضادات العصاب Neuroleptic ، وأنواع متباينة من مضادات الاكتئاب، والليثيوم (لأعراض الهوس)، والكاربامازبين Carbamazepine (للحد من عدم الضبط السلوكى)، والبنزوديازابين (لعلاج القلق)، وربما لا يوجد عقار يمثل الاختيار الأوحد لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، ويجب استخدام العقاقير بشكل انتقائى فى علاجات قصيرة المدى لمشكلات بعينها أكثر من الاعتماد على التشخيص ككل مثل الأعراض الأربعة التى سبق عرضها من قبل سيفر وديفز (١٩٩١) وهى عدم التنظيم العاطفى، الاندفاع / العدوان، والخلط أو التشوس المعرفى، والقلق. بحيث يمكن جعلها أعراضاً مستهدفة بالعلاج.

ونظراً لأن المخاوف الاجتماعية المعممة تتداخل إلى حد كبير مع اضطراب الشخصية التجنبية فقد جرب الباحثون العقاقير المستخدمة لعلاج الخوف الاجتماعى مع مرضى هذا الاضطراب كمثبطات المؤكسدات أحادية الأمين المستخدمة فى علاج الاكتئاب ووجد أنها فعالة، كما استخدمت العقاقير التقليدية المضادة للقلق فى خفض أعراضه، ولكن الرأى السائد هو أن استخدام العقاقير فى الحد من اضطرابات الشخصية ما زال محدود القيمة بعد، ويوصى دائماً بالمزاوجة بين العلاجات الدوائية والعلاجات النفسية نظراً لأن اضطرابات الشخصية متعددة الأسباب: بيولوجية، ونفسية، واجتماعية.

العلاج السيكوديناميى:ـ

يعترف فرويد بفشله فى مساعدة النرجسيين على الشفاء مبرراً ذلك بعدم قدرتهم على تكوين علاقة الألفة الضرورية مع المعالج. فى حين أن التحليليون الجدد وخاصة انصار نظرية العلاقة بالموضوع قد ركزوا بداية على علاج اضطراب الشخصية الحدية والنرجسية، ويعتقد كوت Kohut, 1990 أن كل فرد لديه حاجات نرجسية فى طفولته ولكن النرجسية المرضية لا تتطور إلا إذا عجز الكبار عن إشباع هذه الحاجات، والعلاج ما هو إلا وسيلة تصل بالمريض إلى معرفة وتقبل هذه الحاجات غير المشبعة نظراً لأنها أصبحت مكبوته فى أعماق اللاشعور، ومحاطة بسياج من الخزى والخجل لا يسهل اختراقة. وينظر إلى اضطراب الشخصية الحدية على أنه أكثر النوعين خطورة لكونه يتضمن عدم تكامل التنظيم النفسى الذى يعد الأساس للاضطرابات النفسية المعارضة، أو نوبات الانفصال والتقلب الصارخ فى المزاج والعلاقات البينشخصية. وقد لخص كيرنبرج Kernberg, 1993 العديد من النقاط الشائعة للعلاج بالتحليل النفسى لمثل هذه الاضطرابات:ـ

١- القواعد والحدود العلاجية يجب أن تكون واضحة.

٢- يجب أن يكون المعالج نشط أكثر من كونه تقليدى، ومترجم جيد للإنفعالات.

٣- يجب أن يتحمل المعالج الهموم والأحزان المكبوتة بعمق لدى المريض وعدائيته.

٤- يجب على المعالج مساعدة المريض ليرى العلاقة بين التصرفات والمشاعر.

٥- يجب مواجهة السلوك المدمر للذات بالقوة والتحدى.

٦- يجب وضع حدود لخطورة المريض، أو ذوى السلوكيات الخطرة منهم.

٧- يجب أن يكون التأكيد على العلاقة العلاجية أكثر من التأكيد على الماضى.

٨- يجب أن يكون المعالج يقظاً لردود أفعاله نحو مرضاه.

ويشيع بين مرضى اضطراب الشخصية التوقف عن العلاج، ومن المعروف أنهم يترددون على المعالج بشكل متقطع وغير مستمر حتى لو كان العلاج نموذجي، وتزداد مدة المتابعة والاستمرار فى العلاج مع زيادة العلاقة الايجابية بالمعالج ولكنها تقل فى كثير من المرضى المندفعين، ويبدوا أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية ينصرفون عن العلاج ويعودون له تبعاً لما يتعرضون له من ضغوط الحياة، وتبعاً لقدرتهم على التعامل معها.

٣- العلاج النفسى البينشخصى:-

المقتفى لأثر العلاجات البينشخصية سوف يجد أن بدايتها يعود إلى سوليفان الذى يعد أحد الفرويديين الجدد، وفى مجال اضطرابات الشخصية يعد أبرز المطبقين لهذا النوع من العلاج فى هذا المجال هو بنجامين Benjamin, 1993 من خلال مدخله فى التحليل البنائى للسلوك الاجتماعى Structural analysis of social behavior وعلى العكس من نموذج السمات الاستاتيكى، فإن طريقة بنجامين فى التحليل البنائى للسلوك الاجتماعى تقوم على تحليل التفاعلات بين أبعاد متعددة داخل النفس أو بينشخصية لشرح العمليات السلوكية المتضمنة فى اضطراب الشخصية، ويتميز هذا المدخل بثراءه وشموليته حيث تطور على مدار عشرون عاماً من البحث الاكلينيكى. ويؤكد هذا العلاج على:-

١- تطوير علاقة علاجية تقوم على التعاون والمشاركة.

٢- احراز الفهم لأنماط التفاعل المدمرة للفرد.

٣- اتخاذ قرار التخلص من هذه الأنماط السلوكية الهدامة والتعامل مع الانفعالات السلبية (كالحزن والخوف) التى تتبع القرار.

٤- الانبثاق النهائى للذات الجديدة المحددة بسلوكيات بينشخصية أكثر تكيفاً.

٤- العلاج المعرفى:-

لم يطبق العلاج المعرفى إلا حديثاً لعلاج من يعانون من اضطرابات الشخصية، والافتراض الأساسى فى هذا العلاج ينصب على وجود خطأ ما فى

التفكير هو المسئول عن سلوك الأفراد ومشكلاتهم الانفعالية، وعلى المريض والمعالج أن يتعاونا معاً فى اكتشاف التشويه المعرفى لدى المريض وإحلاله بمعارف أكثر مرونة وتكيف. وعلى سبيل المثال فإنه من مظاهر التشوية المعرفى فى الأفراد المصابين بالوساوس القهرية "يجب أن أتفادى الأخطاء لكى أكون جدير بالإحترم"، "وبدون القواعد والتنظيمات الصارمة سأكون عاجزاً"، "إذا لم أكن إيجابياً لدرجة الكمال، فلن أؤدى كما ينبغى"، وقد لعب بيك Beak دوراً بارز فى تطوير العلاج المعرفى ودمج معه بعض الفنيات السلوكية مثل لعب الدور، والتخيل، أو حتى مراجعة خبرات الطفولة، وكمثل غيره من طرق علاج اضطرابات الشخصية يعانى العلاج المعرفى من مشكلة تسرب المرضى من البرامج العلاجية، وما زلنا فى حاجة إلى المزيد من الدراسات التى تقيم مدى فعاليته فى الحد من اضطرابات الشخصية.

٥- العلاج السلوكى :ـــ

استخدم العلاج السلوكى فى دراسات علاجية أكثر ضبطاً مع اضطرابات الشخصية عن أى أسلوب علاجى أخر. ويقرر شيا Shea, 1993 أن معظم دراساته تشتمل على التدريب على المهارات الاجتماعية، و / أو التعريض التدريجى لأفراد يعانون من الخجل الشديد، والتجنب الاجتماعى، وصور أخرى من صور القصور الاجتماعى، وتقرر معظم الدراسات تحسناً بين الأفراد الذين يتلقون العلاج والتغيرات تكون أحياناً فى العلاقات الشخصية، وقد لا يتحقق غالباً المستوى العادى للأداء والسعادة العاطفية، ويمكن تحسين العائد من العلاج عن طريق المطابقة بين الخصائص النوعية للمريض ونمط العلاج. وقد وجد ألدن وكابرويل Alden & Capreol 1993 أن التعريض التدريجى(وليس التدريب على المهارات الاجتماعية) قد ساعد المرضى الذين يعانون مشكلات بينشخصية تشتمل على عدم الثقة والغضب. فى حين أن كلا الإجرائيين (التعريض التدريجى، والتدريب على المهارات الاجتماعية) تساعد الأشخاص الذين يعانون من مشاكل تتعلق بإحساسهم بأنهم محكومين بواسطة الأخرين. وتدعم هذه النتائج ثانية فكرة الدراسة البُعدية للسمات وليست الأنماط، وهو ما يقدم معلومات أكثر فائده لفهم اضطراب الشخصية.

٦ـ العلاج السلوكى الجدلى Dialectical behavior therapy

يعد أكثر العلاجات الجديدة والواعدة للعديد من الاختلالات المرضية فى الشخصية، وضع قواعدة لينهان Linehan, 1993 وينفرد بأنه يمزج بين جوانب فى التحليل النفسى، والعلاج المتمركز حول الشخص، والبينشخصى، والمعرفى، والسلوكى، ومدخل التدخل لمواجهة الأزمات فى إطار نظرى متكامل ومتلاحم ومترابط منطقياً. ويفترض العلاج السلوكى الجدلى أن اضطراب الشخصية ينتج عن أسباب عديدة مثل: العجز او القصور فى جهاز التنظيم العاطفى (وهو ما يؤدى إلى عدم الثبات العاطفى) ويبدو ذلك لب اضطراب الشخصية الحدية، ولكى يتطور اضطراب الشخصية يعتقد لينهان أنه يجب على هذا العامل البنائى أن يتفاعل مع ما أطلق عليه اسم البيئات المُضعفة أو الموهنة Invalidating environments أى البيئة المريضة وغير الصالحة وهى بيئة رافضة أو تستجيب بشكل شاذ وغير مناسب للخبرات الخاصة. ويجهز الأباء بيئة غير مناسبة عندما يهملون أحاسيس ومشاعر أطفالهم، ويواصلون إسهامهم فى سلوك أطفالهم المتمثل فى الكسل والبخل والخسة أو النذالة والمراوغة أو التحايل وخصائص اجتماعية أخرى غير مناسبة، مؤكدين على الضبط والرقابة بدلاً من الاهتمام بالتعبير المناسب عن الانفعالات، دون مراعاة إلى أى حد يسهل على الطفل مواجهة المواقف الصعبة، وتمثل الإساءة الجنسية نموذجاً واضحاً للخبرة غير المناسبة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات حادة فى الشخصية.

فالطفل الذى ينمو فى بيئة غير مناسبة غالباً ما يكون لديه عدد محدد من الفرص لتعلم كيف يتوحد، ويصف ويتفاعل بشكل مناسب مع خبراته الانفعالية الخاصة. والركيزة الأساسية للعلاج السلوكى الجدلى هى التقبل والاستحسان acceptance للأفراد وخبراتهم، وطبقاً لرأى العلاج السلوكى الجدلى يكون التقبل وحده غير كافياً لتحقيق الشفاء، ويجب أن يتوازن التقبل مع تأكيدات موازية أو منسجمة مع التغير chang، واستخدام كلمة أو مصطلح الجدلي dialectic فى عنوان هذا المدخل العلاجي هي للدلالة العملية على التفاعل بين التقبل والتغير.

ويتكون العلاج السلوكى الجدلى من مرحلة قبل علاجية (مرحلة الالتزام أو

التعهد) وثلاث مراحل علاجية، وتهدف المرحلة قبل العلاجية إلى تهيئة المريض والتعرف على الاحتمالية المرتفعة لتسرب المريض باضطرابات الشخصية، والهدف الهام فى هذا الشأن هو إكساب المريض قدرة أفضل على التواصل. ولكل مرحلة عدة مكونات فالأولى تشتمل على: الثبات والاتصال والأمان، وتشتمل الثانية على: التعريض والمعالجة العاطفية للماضى، أما الثالثه فتقوم على تركيب أو توليف الخبرة.

المرحلة الأولى: وتمثل المرحلة العلاجية الفعلية الأولى وتشتمل على عدة مكونات ويمكن أن يستغرق استكمالها عاماً أو أكثر، وتشتمل الأهداف المبكرة للتغيير على تقليص وخفض السلوكيات الانتحارية، يتبع ذلك خفض السلوكيات التى تتداخل مع العلاج (مثل: التغيب أو التأخير عن حضور الجلسات)، والخصائص أو الصفات المرتبطة بالحياة (مثل: إساءة استخدام المخدرات، التحول أو التغير الاندفاعى فى العمل، المشاركة فى علاقات مهينة ومتعسفة)، وبعد ذلك زيادة المدى الكلى للمهارات السلوكية / الانفعالية مثل تحمل التوترات والضغوط (دون الشعور بالحاجة إلى التلويح بالانتحار)، والتعامل مع الصراعات البينشخصية، وزيادة السلوكيات الايجابية (الصحية، والقدرة على الاستمتاع).

المرحلة الثانية: وهى مرحلة سلوكية / معرفية كالمرحلة الأولى، ولكنها تتركز على تذكر وتقبل صدمات الماضى دون وجود غضب شديد وعارم لا يُحتمل ولا يطاق أو لوم الذات، وجزئياً، فإن المرحلة الثانية تستخدم فنية التعريض التدريجى كتلك المستخدمة فى علاج اضطراب توتر ما بعد الصدمات أو اضطرابات القلق الأخرى.

المرحلة الثالثة: تركيب أو توليف الخبرة Synthesis: وتشبه معظم إجراءاتها العلاج السيكودينامى. وتركز على زيادة احترام الفرد لذاته، وتحقيق أهداف استقلالية.

ويُعد العلاج السلوكى الجدلى الأسلوب العلاجى الوحيد المستخدم لدراسة التحسن الذى طرأ من علاج اضطرابات الشخصية على عينة عشوائية من المرضى فى ظروف تجريبية وضابطة، وفى دراسة تتبعية طويلة المدى أوضحت

أن العلاج السلوكى الجدلى أكثر فعالية من الطرق العلاجية الأخرى فى العديد من المجالات مثل محاولات الانتحار، والتوافق الاجتماعى، وقد حصل شيرن ولينهان Shearin & Linehan 1992 على نتائج مدعمة للأسس النظرية لهذا العلاج، بأستخدام فنية بنجامين (١٩٩٣) للتحليل البنائى للسلوك الاجتماعى لتقدير أثر العلاج النفسى، وبرهنا على أن فنيات العلاج السلوكى الجدلى التى تقوم على التقبل المتوازن والتغيير أكثر فعالية من فنيات التغيير فقط أو فنيات التقبل فقط فى الحد من السلوك الانتحارى. ويمثل ذلك خطوة هامة فى الدراسات العلاجية لأنها سوف تساعدنا على فهم الكيفية التى يعمل بها العلاج فى تحسين حياة الأفراد.

وأخيراً فإن التوجه البيولوجى / النفسى / الاجتماعى للعلاج السلوكى الجدلى يعد نموذجاً لفهم اضطرابات الشخصية، وأن التكامل بين المفاهيم والفنيات لمدى واسع من الطرق العلاجية فى مدخل نظرى محكم يمثل تقدماً واضحاً يستحق الاهتمام.

المراجــع

حسان قمحية وآخرون: الطب النفسى ـ دار النابغة ــ حمص ـ دمشق ــ سوريا ــ ١٩٩٣.

ــ كمال محمد دسوقى: ذخيرة علوم النفس ــ الأهرام ــ القاهرة ١٩٩٠.

ــ محمود حمودة : الطب النفسى (النفس: أسرارها وأمراضها) ــ الفجالة ــ القاهرة ١٩٩١

Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J., An ethological approach to personality development. American Psychologist, 46, 1991.

Akiskal, H.S., Cyclothymic, hyperthymic, and depressive tempeaments as subaffective variants of mood disorders. In A. Tasman & M.B. Riba (Eds.), Review of psychiatry (Vol.11) Washington, DC: American Psychiatric Press. 1991.

American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (3rd. ed), Washington,DC: American Psychiatric press, 1987.

American Psychiatric Assocation: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (4th. ed), Washington, DC: American Psychiatric press, 1994.

Benjamin, L., An interpersonal approach to the DSM personality disorders. New York: Guilford Press, 1993.

Clark, L.A., Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). Minneapolis: University of Minnesota Press, 1993.

Coons, P.M.: Treatment program in 20 patients with multiple personality disorders, J. of nervaus and mental disease, 174, 1986.

Fabrega, H., Ulrich, R., Pilkonis P., & Mezzich, J. E., Pure personality disorders in an psychiatric setting. Journal of personality Disorders, 6, 1991.

Frances, A.J. Dimensional classification of personality disorder: Not whether but when, and which. Psychiatric Inquiry, 4; 1993.

Gunderson, J.G.; Diagnostic controversies. In A. Tasman & M. B. Riba (Eds.), Review of Psychiatry (Vol. 11) Washington, DC: American Psychiatric Press. 1991.

Gunderson, J.G. Zanarini, M.C., & Kisiel, C.L. Borderline personality disorder: A. review of data on DSM - III - R descriptions. journal of Personality Disorder, 5 , 1991.

Hare, R.D.; The Hare Psychopathly Checklist - Revised. Toronto, Onterio, Canada: Multi-Health Systems, 1991.

Kagan, j.; Unstable Ideas, Temprament, cognition, and self, Cambridge, M.A., Harvard University press, 1989.

Kohut, H.; The search for self: Selected writings of Heinz Kohut: 1978-1981 (Vol. 3, P.H. Ornstein, Ed.). Madison, WI: International Universities Press, 1990.

Kochanska, G.; Childern's temperament, mother's discipline, and security of attachment: Multiple pathays to emerging internalization. Child Development, 66,1995.

- Linehan, M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.

- Livesley, W.J., & Jackson, D.N. Dimensional assessment of personality problems (DAPP). Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems., 1997.

- Loranger, A.W.; Personality Disorder Examination (PDE) manual. Yonkers, New York: DV Communications, 1988.

- Loranger, A.W. Hirschfeld, R.M.A., Sartorius, N., & Regier, D. A. The WHO / ADAMHA International Pilot Study of personality Disorders: Background and purpose. Journal of Personality Disorders, 5, 1991.

- Loranger, A.W., Lenzenweger, M.F., Gartner, A.F., Sunman, V. L., Herzing, J. Zammit, G.K., Gartner, J. D., Abrams, R.C., & Young, R. C.; Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. Archives of General Psychiatry, 48, (1991).

- Mauri, M., et al; Personality disorders associated with generalized anxiety, panic, and recurrent depressive disorders. Journal of Personality Disorders, 6, 1992.

- Paris, J. Borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1993 (A).

- Paris, J. personality disorders: A biospsychosocial model. Journal of personality Disorders, 7, 1993 (B).

- Robins, L. N., Tipp, J., & Przybeck, T.; Antisocial personality. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), Psychiantric disorders in American, New York: Free Press. 1991.

- Shea, M. T. Psychosocial treatment of personality disorders. Journal of personality Disorders, 7 (Suppl.), 1993.

- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Behavior Therapy, 23 , 1992.



- Siever, L. J., & Davis, K. L. A Psychobiological perspective on the personality disorders. American Journal Psychiatry, 148 , (1991).

- Skodol, A., Oldham, J., Rosnick, L., Kellman, H.D., & Hyler, S. Diagnosis of DSM - III - R personality disorders: A comparison of two structured interviews. International Journal of Methods in Psychiatry Research, 1, 1991.

- Soloff, P.H., Lis, J. A., Kelly, T., & Cornelius, J., Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 151 , 1994.

- Wiessman, M. The epiaemtology of personality disorders: A 1990 update. Journal of Personality Disorders, 7 (Suppl.), 1993.

- Widiger, T. A., & Rogers, J. H. Prevalence and comorbidity of personality disorders. Psychiatric Annals, 19, 1989.

- Wilson, G. Terence, nathon, Peter, E., O'Leary, K. Daniel aned Clarck, Lee Anna: Abnormal Psychology Integrating Perspective, Allyn and Bacon, Boston, 1996.

- Zimmerman, M., Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. Archives of General Psychiatry, 51, 1994.

- Zuckerman, M., Psychobiology of personality. New York: Cambridge University Press, 1991.



الفصل السابع

علاج الاضطرابات النفسية والعقلية

- العلاج الطبى
- العلاج النفسى الفردى
- العلاج النفسى الجماعى

فى عام (١٩٥٢) أثار عالِم النفس الإنجليزى هانز أيزنك عَالم المتخصصين فى العلاج النفسى برأى غير متوقع فى العلاج النفسى حين قال أنه لا توجد أدلة مقبولة على أن العلاج النفسى أكثر فاعلية من عدم العلاج على الإطلاق، وما زال هذا الطعن يجد صدى له بين المشتغلين بالعلاج النفسى فى العصر الحالى. فهذا هو روبن داويز Dawes, R. الذى ذكر أن شهادات وتجارب المعالجين النفسين لا تؤكد ما إذا كان المرضى يستفيدون من العلاج، وطبقاً لوجهة نظره يمكن لأى شخص حساس أن يحقق نوعاً من العلاج ذات التوجه الاستبصارى وأن أى شخص يمكن أن يجرى لنفسه علاجاً سلوكياً لمجرد أن لديه بعض المعرفة بقواعد السلوك وأن فعاليات العلاج لا تتأثر سواء كان المعالج طبيباً نفسياً أو أخصائى اكلينكى أو أخصائى إجتماعى أو غير حاصل على شهادات علمية أو ليس لديه خبرة إطلاقاً بالعلاج، غير أن وجهات النظر هذه كانت صادمة للعاملين فى هذا المجال ووجدت معارضة صارخة وهو ما دفع ثلاثة من المتخصصين هما سميث وجلاس وميلر Smith et al (1980) إلى الرد بحزم على ذلك فى كتابهما فوائد العلاج النفسى The Benefits of psychotherapy واستنتجوا أن العلاج النفسى مفيد وبثبات وبأى طريقة يتم بها، ولا تقل فائدته عن الطرق الأخرى المكلفة والطموحة من التدخلات كالتعليمية والطبية مثلاً.

ومن القضايا الأخرى المثيرة للخلاف أن بعض المناهج أكثر فعالية من غيرها غير أن بعض المتخصصين يعترضون على ذلك ويعتقدون أنه لا يوجد منهج يمكن منحه صفة السيادة المطلقة فى حين يرى البعض الآخر أن هناك بعض المناهج العلاجية أكثر فعالية مع اضطرابات معينة دون غيرها، مثلاً يعتقد العديد من المعالجين أن أسلوب التعريض Exposure أكثر طرق العلاج فعالية للمخاوف المرضية، وقد أوضحنا فى نهاية العديد من الفصول فى هذا الكتاب بعض المقارنات بين العلاج الطبى والنفسى، وفى بعض الحالات يكون من الضرورى المزاوجة بينهما.

ومن القضايا الأخرى المثيرة للخلاف أن بعض العلاجات تجعل المريض أسوأ حالاً وقد استخدم بيرجن 1966 Bergin مصطلح تأثير التدهور

deterioration effect لوصف نتائج تفيد أن بعض المرضى ساءت حالتهم بعد العلاج، فقد فحص نتائج دراسات تقارن مجموعات من المرضى تتلقى علاج نفسى مع مجموعات ضابطة لا تتلقى أى علاج أوضحت أن التباين فى عائد العلاج أكبر بالنسبة للمجموعات التجريبية مقارنة بالمجموعات الضابطة، وقد أرجع بيرجن ذلك إلى أن بعض المرض المُعالجين يتحسنون فى حين أن البعض الآخر تسؤ حالتهم، واقترح أن بعضاً من فنيات العلاج أو معالجين بعينهم يؤدون إلى جعل المريض أسوأ حالاً. كما قدم ستروب وآخرون Strupp et al 1977 مصطلح الأثر السلبى negative effect لوصف ما يجعل مشكلات المريض أسوأ بسبب العلاج، ولكن من المعتقد أنه من الصعب إيجاد علاقة سببية بين سوء حالة المريض والعلاج الذى يتلقاه أو المعالج الذى يتولى ذلك.

التحليلات البعْدية Meta-analysis

من الوسائل الجديدة لتقييم أثر العلاجات النفسية هو أسلوب إحصائى يعرف بالتحليلات البعدية وهو طريقة كمية لتكامل النتائج المعيارية من الدراسات المختلفة، ووحدة التحليل فى التحليلات البعدية هو حجم التأثير effect size، وهو بيان إحصائى للتغيرات الناتجة من العلاج. والطريقة الشائعة لحساب حجم التأثير هو طرح متوسطى المجموعة الضابطة والتجريبية وقسمة الناتج على الانحراف المعيارى للمجوعة الضابطة.

$$\text{حجم التأثير} = \frac{\text{م}_1 - \text{م}_2}{\text{ع}_2}$$

حيث م_1 متوسط المجموعة التجريبية، م_2 متوسط المجموعة الضابطة، ع_2 الانحراف المعيارى للمجموعة الضابطة.

وكلما زادت قيمة حجم التأثير دل ذلك على زيادة فعالية العلاج، كما أن قيم حجم التأثير المستمدة من دراسات مستقلة باستخدام عينات وأدوات متباينة يمكن عندئذ دمجها وتحليلها باختبارات إحصائية لتوضيح تأثيرات العلاجات البديلة.

وقد تأكدت فائدة التحليلات البعدية وخاصة لتدعيم المراجعة الوصفية

للدراسات نظراً لكونه يستبعد أو يخفض إلى أقصى حد درجة الذاتية التى يمكن أن تؤثر على الأدلة المستمدة من هذه الدراسات وتزيد من درجة الموضوعية، وقد أدى تزايد الانتقادات إلى المطالبة بمزيد من الموضوعية، وعلى سبيل المثال فقد تناول سميث ورفاقه (١٩٨٠) كل الدراسات فى التحليلات البعدية بصرف النظر عن نوعية الأفراد، وحددوا أوزان متساوية فى تحليلاتهم الإحصائية للحكم على المنهج المستخدم ما إذا كان حسن أم سيئ، لكن المشكلة فى ذلك أن وجود عدد قليل نسبياً من الدراسات المنضبطة كانت تذوب فى أغلبية من الدراسات المعيبة، فلم يحدد سميث ورفاقه إجراءاتهم معتقدين أن الملامح المنهجية للدراسات المختلفة يمكن أن ترتبط منطقياً باستخدام الفنيات الإحصائية فى حين يؤكد متخصصين آخرين على أنه يجب تضمين الدراسات جيدة الضبط فقط فى هذا التقييم.

وفى ضوء وجهة النظر هذه يجب أن نتساءل من الذى يحدد الملامح المنهجية للدراسات المحددة، وما هى المحكات المستخدمة للحكم على عينات الدراسة؟ وبوضوح، إن هناك قرارات بشرية توجد نوعاً من الذاتية لا مفر منها وأحياناً توجد التعارض. وللحد من ذلك فى أى تحليلات بعدية يجب أن تتم معالجة أى أحكام ذاتية أو اعتباطية قبل إدخال النتائج للكمبيوتر مثل: أى الدراسات يتضمنها العمل، وما هى الملامح المنهجية التى يجب التركيز عليها، وعلى الرغم من ذلك. فإن عملية اختبار كل دراسة بالتفصيل جعلت هذه الأحكام عامة بما فى ذلك العمليات الخاصة فى تدبر المراجعات التقليدية لأدبيات عائد العلاج.

(Wilson, G.T.et al, 1996)

وفى هذا الفصل سوف نتناول ثلاث أنواع من العلاج هى :ـ

١ـ **العلاج الطبى**: ويشمل العلاج البيولوجى والعلاج بالصدمة الكهربية والجراحة النفسية.

٢ـ **العلاج النفسى الفردى**: ويشمل الطرق السيكودينامية والإنسانية والسلوكية والمعرفية والانتقائية.

٣ـ **العلاج النفسى الجماعى**: ويشمل العلاج الزواجى والأسرى، والجماعى.

أولاً: العلاج الطبى:ـ

أشرنا فى سياق الحديث عن الاضطرابات النفسية وعلاجها إلى العلاج الطبى للقلق والاكتئاب والفصام، وفى هذا الجزء سوف نتناول بمزيد من التفاصيل طرق تعديل السلوك من خلال تغيير الحالة البيوكيميائية للمريض، وسوف نلقى الضوء على الآثار العامة للعديد من الأدوية لأن العقار الواحد يمكن أن يستخدم لعلاج عدد من الاضطرابات المختلفة وليس مجرد علاج اضطراب واحد على سبيل المثال فالعقاقير المضادة للاكتئاب لا تستخدم فقط فى علاج الاكتئاب ولكن تستخدم فى علاج القلق والوساوس القهرية، كما نتحدث فى هذا الجزء على ثلاث أنواع من العلاج الطبى للأمراض النفسية هى:-

أ- العلاج البيولوجى باستخدام مضادات الاكتئاب والليثيوم، ومضادات القلق ومضادات الذهان، والمنشطات النفسية.

ب- العلاج بالرجفة الكهربية.

جـ- العلاج بالجراحة النفسية.

ونظراً لأن العلاج البيولوجى هو الأكثر استخداماً فى عصرنا الحالى فإنه سيلقى الاهتمام الأكبر فى هذا الجزء، وسوف نتحدث عن مدى شيوع استخدام العلاج النفسى المجازى psychotropic وهو العلاج المستخدم فى تغيير المشاعر والأفكار والسلوك، فقد تساعدك عزيزى القارئ هذه المعلومات فى التعرف على الآثار الإيجابية والسلبية لهذه الأدوية.

أ- العلاج البيولوجى:ـ

أولاً: مضادات الاكتئاب: كما حدث مع الكثير من الأدوية اكتشف الأطباء مضادات الاكتئاب أثناء معالجتهم لمشاكل أخرى غير الاكتئاب، ففى العقد الخامس من القرن العشرين كان يستخدم عقاراً لعلاج السل الرئوى وكانت له أثاراً واسعة وممتدة، ومن ضمن أثاره أنه لا يكف تأكسد الأمينات الأحادية ومن ثم يقلل من عدد البكتريا المسببة لمرض السل الرئوى كما كانت له أثاراً منشطة على الحالة النفسية للمريض "psychic energize. وعلى الفور تم تبنى الأدوية المضادة للسل

الرئوى كمضادات للاكتئاب وكان ذلك لأول مرة عام ١٩٥٧م، وخاصة بعد أن كُتب عن نجاحه فى مجلة النيويورك تايم الأمريكية، ولكن سرعان ما تم اكتشاف أن المرضى الذين يتناولون علاجات السل كمضادات للاكتئاب قد ظهر عليهم أعراض اضطراب فى وظائف الكبد فقامت الشركة المنتجة بوقف استخدامه لهذا الغرض، إلا أن الاكتشاف شجع الباحثين للبحث عن علاج دوائى للاكتئاب، وحتى نهاية الخمسينات لم يكن يوجد علاجاً دوائياً للاكتئاب بعد. وأدى هذا الفراغ العلاجى إلى ارتفاع معدل الاكتئاب فكان ما بين ١٠-٢٥٪ من النساء، وما بين ٥-١٠ من الرجال يصابون بالاكتئاب فى وقت ما من حياتهم. ومنذ ذلك الوقت تم تطوير العديد من الأنواع العلاجية المستخدمة كمضادات للاكتئاب يمكن تصنيفها بعدة طرق ولكن أكثر التصنيفات شيوعاً هو ذلك التصنيف الثلاثى إلى:

ـ مانعات الامتصاص الانتقائية للسيروتونين: مثل البروزاك، والباكسيل وغيرها.

ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل التوفرانيل والأنافرانيل..

ـ مانعات الأكسده للأمينات الأحادية كالنرديل والبارنات...

أ ـ مانعات الامتصاص الانتقائية للسيروتونين: ويعد البروزاك أكثر هذه العقاقير شيوعاً، وقد سميت بهذا الاسم لأنها تؤثر فقط على السيروتونين فى حين أن تأثيرها محدود جداً على الناقلات العصبية الأخرى كما يصنف ضمن هذه الفئة كل من الزولفت Zoloft، والباكسيل Paxil ، والإفكسور Effexor ولكن المتخصصين يعتقدون أن البروزاك هو "العقار العجيب" للصحة النفسية فهو فعال جداً فى علاج الاكتئاب وأثارة الجانبية محدودة، والأهم من ذلك أن العديد من المرضى يقررون أنهم عندما يتعاطون البرزواك يشعرون بتحسن يفوق ما كانوا يشعرون به فى حياتهم قبل المرض.

من غير المعروف بعد وعلى وجه التحديد الأسباب البيولوجية المؤدية للاكتئاب، ولكن من المعتقد أن مستويات السيروتونين والنورأدرينالين قد انخفضت بشكل واضح فى مرضى الاكتئاب. ولكن هناك جدل حول طريقة عمل البروزاك ومانعات الامتصاص الانتقائية للسيروتونين عموماً، فبعض الخبراء يعتقد أن

البروزاك يوفر السيروتونين في المشتبكات العصبية عن طريق حجزه أو عدم امتصاصة في الخلية العصبية من جديد، بعض الباحثين الآخرين يشك في أن تكون هذه العقاقير انتقائية الأثر أو أنها تؤثر على السيروتونين دون غيره من الناقلات العصبية، وبصرف النظر عن الميكانيزمات البيوكيميائية للبروزاك والعقاقير الأخرى فإنها فعالة جداً في علاج مرضى الاكتئاب.

وبعد فترة غير قصيرة من إنتاج البروزاك وتسويقه تجارياً ذكر تايشر ورفاقه Teicher et al 1990 في مجلة للطب النفسي أن ستة حالات من الذين كانوا يتعاطون هذا العقار ظهرت عليهم أفكاراً انتحارية، وبعد ذلك انهالت الدراسات على أثار هذا العقار وأوضحت العديد من المراجعات أن البروزاك علاج آمن للاكتئاب وأن المرضى الذين يتعاطوه قليلاً ما تكون لديهم أفكاراً انتحارية مقارنة أي مضادات أخرى للاكتئاب أو أن مخاطرة عموماً كانت أقل من العلاجات الأخرى. وبشكل عام فإن مضادات الاكتئاب تؤدى إلى خفض الأفكار الانتحارية.

ومن مصادر القلق الأخرى بشأن تعاطى البروزاك الاعتقاد بأنه يضعف الرغبة الجنسية ويكف عملية الانتصاب والوصول إلى هزة الجماع كما قرر ذلك بعض الأفراد، وقد أدرج ذلك في المراجع الطبية، فحوالي ١,٩٪ من الأفراد الذين يتعاطون البروزاك يتعرضون لهذا الضعف الجنسي فعلاً، ولكن مدى التكرار الفعلي لهذه المشكلة ما زال غير واضح تماماً نظراً لأن المشكلات الجنسية قليلاً ما تناقش مع الأطباء، وقد سمع العديد من الأطباء الذين يعالجون الاكتئاب هذه المشكلات وسجلوها في تقريراتهم، وفي حالة وجود مشاكل جنسية لدى المريض من جراء تعاطيه للبروزاك يجب أن يتوقف عن تعاطيه ويتحول إلى تعاطى الولبترين Wellbutrin الذى يبدو أنه يزيد الرغبة الجنسية لدى كل من الرجال والنساء دون زيادة في الاكتئاب.

ويعتقد الأطباء أن الأثار الجانبية للبروزاك أقل من الأثار الجانبية لغيره من مضادات الاكتئاب المتوفرة الأن على الإطلاق وخاصة المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين، وهو مناسب لأنه يمكن أن يستخدم بنفس الجرعة في كل

أوقات العلاج دون أن يسبب الاعتياد، ورغم ذلك فالبروزاك يسبب الأرق، وسرعة الاستثارة، والقلق فى ٢١٪ من المرضى الذين يتعاطوه. وهو ما دفع الصيادلة إلى تطوير مضادات اكتئاب جديدة، كالإفيكسور وهو أحد العقاقير المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين والنورأدرينالين، ويعطى نتائج اكلينيكية فورية وعاجلة، والآثار الجانبية للعقار أقل بكثير من غيره بناءاً على بعض التقريرات الأولية.

ب ــ **مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:** اكتشفت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مصادفة على وجه التقريب، وتركيبها الكيميائى يشتمل على ثلاث حلقات مترابطة من البنزين العطرى، وقد استخدمت هذه المركبات فى البداية لعلاج الفصام إلا أنها لم تكن تحد من الأفكار الذهانية لدى المرضى الذين تعاطوها، ولكنهم أظهروا بعض التحسن فى الحالة المزاجية، ومن ثم أخذ الباحثون فى استخدامها كمضادات للاكتئاب، وفى عام ١٩٥٧ وجد أن الايميبرامين (التوفرانيل) فعالاً فى علاج الاكتئاب وهو نفس الوقت تقريباً الذى وجد فيه أن أدوية السل الرئوى تغير الحالة المزاجية – ومن ثم بدأ الباحثون سعياً جدياً لتطوير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. ويوجد منها الآن الأنافرانيل، الأسندين، إلافيل، النوربرامين، الباميلور، السيناكوان، والسيرمونتيل بالإضافة إلى التوافرانيل.

ويعتقد الباحثون أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات تحول أو تمنع إعادة امتصاص النورأدرينالين والسيروتونين إلى داخل الخلية العصبية بعد تحرره منها إلى المشتبك العصبى. فمن المعروف أن نقص معدل النورأدرينالين والسيروتونين فى المخ يسبب الاكتئاب، وهذه النظرية هى التى توجه الباحثين اليوم، ولكن من المهم الإشارة إلى أهمية التوازن العصبى الكيميائى فى المخ ولا يعرف الباحثون على وجه التحديد الأن كيف تعمل العقاقير المضادة للاكتئاب، وأياً كان الميكانزم الوظيفى لها فإن الأشخاص الذين يتناولوها من مرضى الاكتئاب تحسنت أحوالهم المزاجية بشكل إيجابى واضح، وأن الأعراض الجانبية الأولية كالنوم وفقد الشهية لا تحدث إلا بعد أسبوع أو أسبوعين من العلاج. وقد لا تحقق مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أثارها المرغوبة إلا بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع من بدء العلاج، ولا يجب تقييم آثارها قبل الأسبوع السادس، ومن الأعراض الجانبية لها: جفاف الحلق،

الإجهاد، الإمساك، وصعوبة التبول، صعوبة التذكر، الدوار (الدوخة) وزيادة الوزن. وتتراوح مدة العلاج ما بين ٤-٦ أسابيع فى نوبات الاكتئاب الحادة، يجب بعدها سحب العقار تدريجياً خلال ٣-٥ شهور من ملاحظة الآثار الأولية للعقار.

جـ ـ مثبطات الأكسدة للأمينات الأحادية Monoamine oxidase Inhibitors:

والتى يبدو أنها تعترض سبيل عمل أو فعالية الأكسيدات أحادية الأمين أو تثبيط الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وتزيد الأمينات الأحادية خارج الخلية العصبية، ونظراً للآثار السلبية للمجموعة الثالثة من مضادات الاكتئاب فإنها تستخدم مبدئياً مع الأشخاص الذين لا يستجيبون بفاعلية لمضادات الاكتئاب الأخرى. وتعمل مثبطات الأكسده أحادية الأمين على منع تكسر الناقلات العصبية كالنورأدرينالين والسيروتونين، وتبقى هذه المواد صالحة للاستعمال فى المشتبك العصبى إلى أن تتم إعادة امتصاصها داخل الخلية العصبية ونتيجة لذلك ينخفض الاكتئاب، وكما حدث مع المركبات ثلاثية الحلقات فإن الفعالية العلاجية لمثبطات الأكسدة أحادية الأمين قد اكتشفت مصادفة عندما اكتشف أن العقاقير المكونة لها تنعش الحالة المزاجية لمرضى السل الرئوى. ومنها: الناربلان Narplan، والنارديل Nardil، والبارنات Parnat.

عندما يتم تناول مثبطات الأكسدة أحادية الأمين مع أطعمة معينة تحتوى على نسبة مرتفعة من الأمينات الثلاثية Tyramine مثل الشيكولاتة، والبيرة، والخمور، فإن تفاعلات جسمية خطيرة يمكن أن تحدث مثل الصداع الحاد، وزيادة ضربات القلب، والسكته الدماغية أو حتى الموت، وسبب ذلك أن الأمينات الثلاثية تكون سريعة الامتصاص فى وجود مثبطات الأكسدة للأمينات الأحادية مما يؤدى إلى ضغط مرتفع مهدد للحياة، أضف لذلك أن بعض الناس الذين يعالجون بمثبطات الأكسدة أحادية الأمين لا يستطيعون أن يأكلوا ولو كميات محدودة من أطعمة معينة، وقد يصابون بالدوار عندما ينهضون فجأة من وضع الرقود بسبب الآثار الجانبية المهلكة لهذه العقاقير، ولذلك لا يستخدمها الأطباء عموماً إلا للمرضى الذين لا يستجيبون للعلاجات الطبية الأخرى. ويجب أن يتم ذلك تحت الرقابة الطبية، ويفضل أن يكون المرضى منومين بالمستشفى ويتم تعريفهم بالتفاعلات

السامة بين العقاقير وبعض أنواع معينة من الأطعمة ولذلك يحذر تماماً عليهم استخدامها. كما يجب أن يتم تعريفهم بالآثار الجانبية لها.

د ـ **مضادات الاكتئاب الأخرى:** بعض مضادات الاكتئاب الأخرى لا يمكن تصنيفها ضمن أياً من المجموعات الثلاثة السابقة مثل الولبوترين Wellbutrin، والديسرل Desyrel. والولبوترين لا يندرج كيميائياً تحت أى من العقاقير السابقة الذكر وليس له تأثير على الناقلات العصبية كالسيروتونين، ولكن بعض الأطباء يعتقد أنه يزيد النورأدرينالين فى المخ، فى حين يعتقد البعض الآخر أنه يكف نشاط الدوبامين، ولسوء الحظ فإن الولبوترين يؤدى أحياناً إلى نوبات إغماء وخاصة فى حالة زيادة الجرعة، كما ينبغى استخدامه تحت اشراف طبى وبحذر. وقد ذكرنا من قبل أنه يمكن أن يستخدم كبديل للبروزاك للمرضى الذين يشعرون بمشكلات جنسية من جراء تعاطيهم للبروزاك.

أما الديسرل فهو أحد مضادات الاكتئاب الفعالة، وهو لا يمنع إعادة امتصاص السيروتونين وميكانزماته الوظيفية فى خفض الاكتئاب ما زالت غير واضحة تماماً. ولكنه يسبب النعاس فى ٢٠٪ من المرض، وهذه الوظيفة التسكينيه تجعله عقاراً فعالاً فى مساعدة المرضى على النوم ليلاً والتغلب على الأرق. كما يستخدم بالاشتراك مع البروزاك أحياناً للتغلب على الأرق الذى يسببه البروزاك. وقد لاحظ الأطباء أن الديسرل أقل فعالية فى علاج الاكتئاب الحاد من المضادات الأخرى وقد يسبب آلام بالجسم ولو قليلة، كما أن من آثاره الجانبية الاستثارة الجنسية الدائمة.

ومن مضادات الاكتئاب حديثة الاكتشاف السيرزون Serzone، ويختلف تركيبة الكيميائى عن مضادات الاكتئاب فى المجموعات الثلاثة الكبرى (مانعات الأكسدة للأمينات الأحادية، والمانعات الاختيارية لامتصاص السيروتونين، والمركبات الحلقية). وقد تم إنتاج سيرزون فى ١٩٩٥ كمضاد للاكتئاب يؤدى إلى تحسن فى الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق المصاحبة للاكتئاب. وفى دراسة تمت على المرضى الذين يعالجون بهذا العقار وجد أن العجز الجنسى ليس عرضاً جانبياً له، وأن العجز الجنسى الناتج عنه لا يحدث بشكل متكرر أكثر مما يحدث

فى الأشخاص الذين يتعاطون العقاقير الوهمية (Bristol – Myers, 1995)

الاستخدامات الاكلينيكية الثانوية لمضادات الاكتئاب: تستخدم مضادات الاكتئاب أيضاً فى علاج اضطرابات أخرى مثل نوبات الهلع المصحوبة بالاجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة)، واضطرابات الوساوس القهرية، والشره العصبى، والسلوك العدوانى الإندفاعي. ومضادات الاكتئاب قد تفيد فى أكثر من مجرد معالجة أعراض الاكتئاب التى تتعايش مع هذه الاضطرابات، فمانعات الأكسدة للأمينات الأحادية تحد من الأجورافوبيا، والأنافرانيل (مضاد للاكتئاب ثلاثى الحلقات) يخفض أعراض الوساوس القهرية فى الأطفال والراشدين، والعديد من الدراسات تؤكد على أن استخدام البروزاك يؤدى إلى خفض واضح فى الأفكار الوسواسيه والسلوكيات القهرية، كما أن العديد من الأطباء يعتقدون أن مضادات الاكتئاب هى الخيار الأول لعلاج اضطراب الوساوس القهرية واضطراب الهلع المصحوب بالخوف من الأماكن العامة، كما تستخدم مضادات الاكتئاب فى علاج اضطرابات الأكل مثل الشره العصبى بشكل أفضل من استخدام الأدوية الوهمية وحيث أن العلاج السلوكى المعرفى أكثر فعالية من العلاج الطبى لمشكلة الشره العصبى فإنه من المتوقع أن تكون المزاوجة بينهما أكثر فعالية من العلاج السلوكى المعرفى وحده ولو لبعض المرضى على الأقل.

كما أن استخدام مضادات الاكتئاب فى علاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات أولية غير الاكتئاب يمكن أن تساعدنا فى التعرف على هذه الاضطرابات، وعلى سبيل المثال فإن استخدام الأنافرانيل قد وجه الاهتمام إلى الاعتقاد بأن مرض الوساوس القهرية لديهم قصور فى معدل السيروتونين، كما أن الأبحاث قيمت الآثار المباشرة لمضادات الاكتئاب والمركبات الكيميائية الأخرى على استهلاك الجسم لهرمون السيروتونين فى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الوساوس القهرية فى محاولة لفهم ما يكتنف هذا المرض من غموض. وفى الحقيقة فإن الاكتئاب والاضطرابات المصاحبة لقصور السيروتونين عموماً ربما تشكل الأساس لبعض الاندفاعات بل وللاضطرابات العدوانية كذلك، وقد تأكد علمياً أن العلاجات الطبية التى تزيد معدل السيروتونين فى المخ وتحسن من وظائفه

أدت بوضوح إلى خفض السلوك العدواني. كما أن بعض المتخصصين يعتقدون أنه من المفيد أن نراقب مشكلات متباينة مثل الاكتئاب والوساوس كاضطرابات تحدث على الأقل بسبب المزاج الاكتئابي وعلاقتها بخفض معدل السيروتونين.

المزاوجة بين استخدام مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي: بعض الناس المكتئبين استجابوا للعقاقير المضادة للاكتئاب وحدها، والبعض الآخر استجاب جيداً للعلاج النفسي وحده وخاصة العلاج السلوكي العرفي، ولحسن الحظ أن كل من العلاج الطبي والنفسي فعاليين معاً في الاكتئاب وحيد القطب Unipolar، ولكن من غير المعروف جيداً أيهما أفضل في حالة الاكتئاب الحاد. بعض الدراسات تؤكد أن مرضى الاكتئاب الحاد يستجيبون جيداً للعلاج الطبي، والبعض الآخر يرى أنه لا توجد أية فروق في فعالية العلاج الطبي والعلاج النفسي، وعلى الرغم من أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٩٩٣، ووكالة الرعاية الصحية والبحوث ١٩٩٣، يوافقان على استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب كخيار علاجي أولي لمرضى الاكتئاب، إلا أن بعض علماء النفس يعتقدون أن الأدلة لا تدعم هذا التوجه، فاختيار العلاج يتأثر بالتدريب المهني للمعالج وما يفضله المريض شخصياً أو ما إذا كان سيتم عمل مزاوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي، ومن المهم أن نتذكر أن كليهما يعدان بدائل فعالة، فالعلاج الطبي صُمم لإنعاش الحالة المزاجية وزيادة الطاقة مباشرة، والعلاج النفسي صمم أيضاً لإنعاش الحالة المزاجية من خلال تنمية العلاقات البينشخصية أو تغيير نمط التفكير، ويبدو أن المزاوجة بينهما أكثر فعالية في علاج الاكتئاب من الاستخدام المنفرد لأي منهما. وقد ذكر سكوليرج وروش (١٩٩٤) أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الحاد أو المزمن واستجابوا جزئياً لكل من العلاج الطبي والنفسي كل على حده ربما يستفيدون من المزاوجة بينهما. وفي واقع الأمر فإن المزاوجة كانت مفيدة في الحد من الانتكاسة بنسبة تزيد عن ٥٠٪ خلال السنة التي أعقبت العلاج، ولكن الأدلة لا تدعم هذا الرأي على إطلاقه فقيمة المزاوجة بين العلاجات الطبيه والنفسية ليست على الدوام عظيمة الأثر، وقد ينتكس العديد من المرضى ثانية.

ثانياً: الليثيوم Lithium: يوجد كلوريد الليثيوم في الطبيعة على شكل ملح

يشبه ملح الطعام (كلوريد الصوديوم)، ونظراً لصلاحيته وهو فى صورته الطبيعية فقد استخدم الليثيوم من قبل مدعيين العلاج الروحانى، وبائعى دهن الثعابين والتماسيح كعلاج شعبى لكثير من الاضطرابات وخاصة الاضطرابات الجنسية، كما استفاد منه الصيادلة فى العصر الحديث. وفى عام ١٨٠٠ استخدم الليثيوم فى علاج العديد من الاضطرابات العصبية والعقلية وفى علاج النقرس (التهاب المفاصل المتنقل)، وانحدرت شعبيته كعلاج عندما لاحظ مستخدموه أنه يسبب الغثيان والدوار والتسمم. وفى الأربعينات من القرن العشرين لاحظ الطبيب النفسى الاسترالى جون كادى Cade, j أنه عند إعطاء الليثيوم للخنازير تصبح هادئة تماماً، وبعد ملاحظاته هذه أعطى كادى الليثيوم لمريض هائج وثائر ووجد نفس الأثر، والآن أصبح اليثيوم يعرف بكثرة من قبل الأطباء لعلاج الأفراد الذين يعانون من نوبات الهوس فى الاضطراب ثنائى القطب لأن العقار يعيد حالتهم المزاجية إلى طبيعتها، وبدون العلاج الطبى تبقى نوبات الهوس من الصعب ضبطها أو التنبؤ بنتائجها. حيث يعدل الليثيوم الخصائص المتقلبة من أقصى ارتفاع إلى أدنى انخفاض.

وأصبح الليثيوم هو الخيار العلاجى لمرض الهوس الاكتئابى ويؤثر فى حوالى ٦٠-٧٠٪ من الحالات، ونظراً لأن العديد من مرضى الاضطرابات ثنائية القطب غالباً ما يكونوا ثائرين تماماً وقد يكونوا ذهانيين، فإن الأطباء عادة ما يصفون الأدوية المضادة للذهان جنباً إلى جنب مع الليثيوم، أما إذا كان المريض فى طور الاكتئاب، يتم صرف مضادات الاكتئاب والليثيوم معاً. والليثيوم وحده غير فعال فى علاج الاكتئاب الأساسى، ومضادات الاكتئاب هى الخيار الوحيد لعلاج هذا الاضطراب. كما أن نسبة عالية من مرضى الاضطرابات ثنائية القطب يصبحوا مهووسين Manic إذا تم علاجهم بمضادات الاكتئاب فقط.

وكمثل معظم العلاجات الكيميائية للاضطرابات الذهانية فإن لليثيوم بعض الأثار الجانبية السلبية والمعاكسة يمكن تصنيفها على حسب الجرعة إلى ثلاث انواع:-

١ـ أثار الجرعة العلاجية: الغثيان، الدوار، زيادة الوزن، الإسهال.

٢ـ أثار الجرعة القريبة من التسمم: الغثيان والقئ، ارتعاش اليدين، النوم، الدوخة أو الدوار.

٣ـ أثار الجرعة المسممة: مشكلات فى القلب، تشنجات، غيبوبة.

وربما يؤدى الليثيوم إلى الموت لمرضى القلب الذين يستخدمون كميه كبيره منه كبديل لملح الطعام، وتعد الاستخدامات العلاجية لليثيوم محدودة ويجب وصفه فى ضوء خطة محددة تماماً للتحكم فى نسبته فى الدم.

بالإضافة إلى الأثار الجانبية له، فإن بعض مرضى الهوس والاكتئاب ربما لا يرغبون فى تعاطى الليثيوم لأنهم يجدون فى الطَور الهوسى ما يرغبون فيه من إثارة ومتعه، ومن المعروف أن الفنانين والمؤلفين مثل روبرت شومان ووليم جيمس كانوا يعانون من أمراض ثنائية القطب. وبناء على هذا الاعتقاد بأن الهوس يمكن أن ينمى الإبداع فإن بعض الناس قد يرفض العلاج الذى يمنع ظهور نوبة الهوس لديه.

"ويتمثل مفعول الليثيوم فى إعادة التوازن المفقود بين أمينات الكاتيكول والأستيل كولين (وذلك بواسطة تكسير أمينات الكاتيكول وتثبيط إطلاقها من المشتبك العصبى، وتقليل حساسية المستقبلات بعد المشتبكية لتأثير أمينات الكاتيكول) وكذلك من خلال تأثيره على جدار الخلية من خلال التشابه بين أيون الكالسيوم والمغنسيوم حيث يستبدل بأى منهما فيزيد من نفاذية الجدار الخلوى ويعيد التوازن بين الكاتونات Cations داخل وخارج الخلية أو تثبيط إنزيم معين داخل الخلية العصبية بسبب نقص استجابتها للناقلات العصبية" (محمود حمودة: ١٩٩٠)

ولا يستجيب للعلاج بالليثيوم من مرضى الاضطرابات ثنائية القطب حوالى ٣٠-٤٠٪ وحالياً يتم تجريب العديد من العلاجات البديلة المضادة للعنف والتشنج anticonvulsant drugs مثل التجريتول Tegretol، والديباكوت Depakote وكلاهما قد يستخدم كبديل لليثيوم فى الاضطرابات ثنائية القطب ذات الدورات سريعة التعاقب.

ثالثاً: مضادات القلق Antianxiety: منذ أكثر من مائة سنة والباحثون يبذلون قصارى جهدهم سعياً لإيجاد مادة كيميائية تجلب الهدوء للناس ولا تسبب الإدمان. وفى عام ١٨٦٩، اكتشف العلماء المهدئات/ المنومات، هيدرات الكلورال

Chloral hudrate أو مـا يعـرف باسـم Nocetec، وبقيـت هـذه العلاجـات الطبيـة تسـتخدم لعـلاج الأرق. وفـى سنة ١٩١٢ انتجـت شـركات الأدويـة البـاربيتيورات المسكنة (وهى أمـلاح حـامض البربيتوريك) وأهمهـا الفينوباربيتـال، وبعـض هـذه المسكنات مثل الممبيروبامات Memprobamate المعـروف تجاريـاً باسـم ميلتـاون Miltown تم تسويقة بالصيدليات فى الخمسينات مـن القـرن العشـرين، وفـى عـام ١٩٦٣ كـان الفـاليوم Valiumصـالحـاً للاسـتخدام ويسـوق بالصيدليـات ويعـد أحـد المهدئات الصغرى. ومع كل عقار جديد يظهر هدف جديد هو تخليق مهدئ كـامل، وعلى الرغم من أن كل عقار كان يتميز بمميزات جديدة إلا أن أحداً منها لم يصـل لحد الكمال، أما هيدرات الكلورال فقد أستخدم كمنوم فى نهاية القرن التاسـع ولكـن العديد من الناس أدمنوه واستخدمت الباربيتيورات لعـلاج للقلـق فـى النصـف الأول من القرن العشرين ولكنها أيضاً تسبب الاعتماد والإدمان بصورة سريعة وخطيرة، بالإضـافة إلـى القـدرة التسكينية لهـا فهـى تضعـف القـدرة علـى التـآزر الجسـمى والحركى، أما الميلتاون والفاليوم فقد استخدمت لعلاج القلـق والأرق فـى السـتينات من نفس القرن، ولكنها أقل قابلية للإدمان من الباربيتيورات. وفى عام ١٩٧٩م قـاد البحث العلمى إلى اكتشاف البوسبيرون Buspirone الذى يعـد أقـل قابليـة للإدمـان عن العلاجات السابقة ويعد الخيار العلاجى الأهم للقلق.

ومـن أكـثر مضـادات القلـق اسـتخداماً هـى مركبـات البنزوديـاذبين benzodiazepines والمعروفة بالمهدئات الصغرى. وتشمل هـذه المجموعـة مـا بيـن ٦-٢٥ عقـاراً يمثلـون أغلـب مـا يصفـه الأطبـاء لعـلاج القلـق والأرق فـى أوروبـا وأمريكا، ولكن بسبب ما أشيع حول احتمالية تسببها للإدمان فقد قل معدل استخدامها مع منتصف السبعينات ووجد أن النساء أكثر ميلاً لاستخدام المهدئات وبعض العقاقير النفسية الأخرى من الرجال، ولكن على العمـوم فـإن مضـادات القلـق تسـتخدم بشـكل خطير ويتصاعد استخدامها فى بعض الدول مثل فرنسا، ويرى بعض الأطباء أنه من الصعب تفسير زيادة استخدام العقاقير المضادة للقلق رغم مـا ذكرتـه منظمـة الصحـة العالمية فى ١٩٩١ بان العديد من الأفراد المرضى بالقلق لم يتلقوا أى علاج له، وان ٣-٤٪ من مرضى اضطراب الهلع لم يتلقوا علاجاً على الإطلاق.

وتشمل مركبات البنزوديازبين من مضادات القلق: الفاليوم والزانكس والهاليكون والترانكسين، والأتيفان، والسيراكس، والينتراكسي والليبريوم، والباكسيبان، وكلها ذات آثار متكافئة كمضادات للقلق ولكن قد يكون بعضها ذات نصف عمر أطول من غيرها أو أطول فعالية من غيرها وتصنف في هذا السياق إلى ثلاث أنواع:ـ

١- قصيرة المفعول جداً ويظل مفعولها من ساعتين إلى سبع ساعات ومن أمثلتها الهاليكون Halicon.

٢- قصيرة المفعول ويستمر مفعولها ٦-١٢ ساعة ومن أمثلتها الزانكس والفاليوم.

٣- متوسطة المفعول ويستمر مفعولها من ١٢-٣٦ ساعة ومن أمثلتها الليبريوم.

٤- طويلة المفعول ويستمر مفعولها من ٤٥-٩٠ ساعة ومن أمثلتها الترانكسين. (محمود حمودة: ١٩٩٣)

الآثار الإيجابية لمركبات البنزوديازبين: للجرعة المعتدلة آثراً مهدئاً وملطفاً ويشعر المريض بالهدوء وأنه أقل توتراً وقلقاً، وتبدو الحياة جميلة، وإذا كان يعاني من مشكلات في النوم فسوف ينام على وجه السرعة، فحوالي ٦٥-٧٠٪ من الأفراد الذين تعاطوا هذه العقاقير ذكروا هذه الآثار المرغوبة، ولكن للأسف لا توجد طريقة للتعرف على أيهما سوف يستفيد منها وأيهما لن يستفيد، فالأشخاص الذي يشعرون بالآثار المرغوبة عند تعاطيهم هذه العقاقير عادة ما يستمر شعورهم على هذا النحو خلال الأسبوع الأول. وعلى العموم فإن مركبات البنزوديازبين تستخدم بنجاح في علاج الأفراد الذين يمرون بقلق موقفي (قلق الحالة) أو يعانون من قلق معمم أو نوبات الهلع.

الآثار السلبية: تسبب مركبات البنزوديازبين النعاس وفقد التآزر والتوازن في المراحل المبكرة من العلاج، ولها آثار على المشي وقيادة المركبات، وفي دراسة على حوادث السيارات لدى كبار السن ٦٥-٨٤ سنة وجد أن عدد من الحوادث ترجع إلى تعاطي السائقين لأحد مركبات البنزوديازبين (Ray et al,

(1992 ونظراً لأن البنزوديازبين (مثل الزانكس) والكحول معاً يخفضان من يقظة وانتباه ونشاط الجهاز العصبى المركزى فإن استخدامها معاً خطير جداً ويمكن أن يؤدى إلى كارثة، كما أن بعض الأطباء يحذرون من مخاطر الاعتماد والتعود بل وإدمان مركبات البنزوديازبين، وما يترتب على ذلك من أعراض الإطاقة والانسحاب. ومركبات البنزوديازبين (كالفاليوم مثلاً) تثبط عمل الجهاز العصبى المركزى وهى تؤثر على مجموعات معينة من المستقبلات العصبية تتأثر بالناقلات العصبية فى المخ وتؤدى إلى خفض معدل طرد الخلايا العصبية لهذه الناقلات العصبية والاحتفاظ بها داخل الخلية، ويحدث التخلص من القلق مباشرة بمجرد تعاطيها ولكن الجسم قد يطور نوعاً من الإطاقة أو التحمل بمعنى الرغبة فى زيادة الجرعة تدريجياً للحصول على أثر مساو للجرعة الأولى من خفض فى القلق، وقد يتطور هذا التحمل إلى إدمان نفسى وفسيولوجى لمركبات البنزوديازبين، ويعتمد ذلك على نوع العقار، ومدة استخدامه، وكم الجرعة المستخدمة، ويحدث الاعتماد الفسيولوجى خلال ٢-٤ أسابيع.

وبشكل عام، يجب سحب العقار من الجسم تدريجياً، وأكثر آثار الانسحاب من البنزوديازبين بعد الاستخدام لمدة أطول من شهر هى: القلق وعدم الاستقرار واختلالات النوم، وقصور أو ضعف الذاكرة، كما أن نسبة محدودة من المرضى يشعرون بالهلع، ولكن هذه المشاعر تخمد خلال ٢-٤ أسابيع، وفى بعض الأحيان تكون هذه الأعراض موجودة قبل استخدام مضادات القلق ثم تعاود الظهور بعد التوقف عن استخدامها. ونظراً لأن مركبات البنزوديازبين من المحتمل إدمانها فإن المعالجين النفسيين يستخدمون بديلاً لها أو عقاراً إضافياً معها فى حالة العلاجات طويلة الأمد.

كما يستخدم البنزوديازبين فى الجلسات النفسية التى يديرها أخصائيين نفسيين أو أطباء غير سيكتريين وفى إحصائية عام ١٩٨٨ وجد أن حوالى ٥٢٪ من الممارسين العموم وأطباء الأسرة فى أمريكا يوصون بإستخدام المهدئات والبنزوديازبين مقابل ٢٨٪ من الأطباء النفسيين يوصون بذلك. وأحد أسباب هذا الاختلاف أن الأطباء غير السيكتريين غالباً ما يصفون المهدئات لاستخدامها فى

تراوح مع علاجات أخرى نفسية أو طبية، وعندما يعتقدون أن أعراض القلق هي التي تزيد من اضطرابات الجهاز الهضمي أو التنفسي، ولعلاج الأرق والتوترات المرتبطة بأمراض مختلفة.

أما البوسبيرون Buspirone فهو أحد مضادات القلق الحديثة ظهر عام ١٩٧٩م ولا يرتبط تركيبة الكيميائي بالبنزوديازبين، وما زال غير معروف الميكانزم الوظيفي له، ولكن الأطباء أصبحوا أكثر شغفاً بصرفه للمرضى لأنه لا يسبب الإدمان مثل البنزوديازبين، المؤيدين لاستخدام البوسبيرون يعتقدون أنه علاج فعال للقلق ليس له آثار مسكنه أو منومة ويخلو من مخاطر التعود عليه أو إدمانه ولا يضعف التآزر، ويمكن تناوله كعلاج دون أن يترتب عليه حوادث للسيارات ولا يتفاعل مع الكحول مسبباً مخاطر إضافية، ونظراً لأنه لا يسبب الإدمان فإنه يوصف كعلاج مفيد لإدمان الكحول وللأشخاص الذين لديهم ميل للإدمان عموماً. وحيث أنه أقل تسكيناً من البنزوديازبين، فإنه عادة ما يستخدم مع كبار السن. ورغم ذلك فإن البوسبيرون له آثاراً جانبية تشمل الدوار (الدوخة)، والنعاس والإغماء. كما أن الفترة الفاصلة بين استخدام البوسبيرون لأول مرة وظهور آثاره الاكلينيكية تتراوح بين ١–٣ أسابيع، ولا يمكن استخدامه لإحداث أثاراً فورية، وهذا العقار على العموم غير فعال في الاشخاص الذين لا يستجيبون لمركبات البنزوديازبين.

رابعاً: مضادات الذهان: Antipsychotic

لكلمة الذهان معان عديدة، ولكنها تستخدم من قبل المتخصصين في الصحة النفسية لوصف بعض الأشخاص الذين لا يستطيعون التمييز بين الواقع والخيال. وتعد قدرة العقاقير المضادة للذهان على الحد من الأعراض الذهانية كالهلاوس والهذاءات (الضلالات) هي المحك الأساسي لتحديد فعاليتها، حيث أن تغيير الأعراض تمثل الهدف الأساسي للمتخصصين في الصحة النفسية العاملين مع المرضى الذهانيين. وتعرف الأدوية المضادة للذهان أحياناً باسم المهدئات الكبرى Major Tranquilizers لأن النعاس يعد واحداً من أكثر أعراضها الجانبية شيوعاً، كما تسمى أحياناً Neuroleptics لأن لها آثاراً جانبية على الجهاز العصبي، وهذا الأسم أو ذاك لا يعدان صحيحان نظراً لأن الأدوية تصنف طبقاً للهدف الأساسي

منها، وفى مثل هذه الحالة فإن العلاجات المضادة للذهان هدفها الأساسى هو الأفكار الذهانية.

ويمكن أن تظهر هذه الأعراض الذهانية فى العديد من الاضطرابات المختلفة ومن بينها الكحولية، والاكتئاب، والفصام، وفى هذا الجزء سوف نركز على علاج الأعراض الذهانية فى مرضى الفصام، فالأفكار الذهانية (الهلاوس والهذاءات) تعد ملمحاً محدداً فى هذا المرض، ولكنها لا تعد ملمحاً محدداً لكل من الكحولية والاكتئاب كما يوضح ذلك الإصدار الرابع من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى فى ١٩٩٤م. وسوف نتعرض هنا لتاريخ اكتشاف مضادات الذهان وآثارها الإيجابية والسلبية، والجهود المبذولة للحصول على مضادات للذهان ذات آثار جانبية محدودة، وأهمية العلاج الأسرى لمرضى الفصام الذين يعالجون بمضادات الذهان.

تاريخ اكتشاف مضادات الذهان: كما هو الحال فى مضادات الاكتئاب، فقد ظهرت العقاقير المضادة للذهان من خلال العمل فى مشكلة أخرى خلاف الذهان. فأثناء استخدام الجراح الفرنسى هنرى لابوريه Henri Laborit عقاراً فى محاولة منه لخفض ضغط الدم فى المرضى قبل العمليات الجراحية، وبدلاً من أن يرى الهبوط المتوقع فى ضغط الدم، لاحظ أن المرضى أصبحوا أقل قلقاً، وفى عام ١٩٥٢م أعطى الطبيبان النفسيان الفرنسيان جين دلاى .Delay,j وبير دينكر .Deniker,p عقار الثورازين (الكلوروبرومازين) وهو عقار مختلف عما استخدمه لابوريه – أعطوه لمجموعة من المرضى الذهانيين فأظهر العديد من المرضى انخفاضاً واضحاً فى القلق، والأكثر أهمية فى ذلك أن مرضى الفصام خاصة فى هذه العينة الذهانية أظهروا خفضاً واضحاً فى الهلاوس والضلالات، وقادت ملاحظة دلاى ودينكر إلى استخدام الثورازين تجارياً. ونظر المتخصصين إلى هذا العقار على أنه علاج مثير للدهشة فهو أول عقار عرف لخفض الأعراض الذهانية، وعلى الرغم من أن العديد من العقاقير طورت لعلاج الذهان إلا أن أحد منها لم يبلغ فعالية الثورازين فى خفض هذه الأفكار الذهانية وتشمل قائمة العقاقير المضادة للفصام كل من الكلوزاريل، الهالدول، ميلاريل، نافان، ريسبردال،

ستيلازين بالإضافة إلى الثورازين طبعاً.

وفضلاً عن أن الثورازين هو أول عقار أنتج على المستوى التجارى، فإنه غالباً ما يستخدم كعقار مرجعى refrence drug، فكل العقاقير الأخرى المضادة للذهان تقارن به، وفى هذا الجزء سوف نناقش استخدام الثورازين كمثال أولى لمضادات الذهان لأنه أول العلاجات المستخدمة فعالية فى خفض أعراض الفصام، وعلى الرغم من أعراضه الجانبية السلبية ما زال الثورازين يستخدم بكثرة، وإن كانت بعض العقاقير باتت الآن تستخدم كبديل عنه لهذا السبب مثل الهالدول Haldol.

الآثار الإيجابية لمضادات الذهان: بمجرد أن أصبح الثورازين صالحاً للاستخدام إلا وخرج العديد من مرضى الفصام الذين تم احتجازهم وتنويمهم بالمستشفيات لسنوات طويلة وعادوا إلى أعمالهم ومنازلهم، وفى الحقيقة فإن الكثير من هؤلاء الناس ردوا إلى أسرهم وذويهم كجزء من اتجاه يعارض تنويم المريض فى المؤسسات العلاجية deinstitutionalization بدأ فى الستينات من القرن العشرين، وكان وجود عقار يخفض أو يزيل الأفكار الذهانية أحد الأسباب التى أوجدت هذا الاتجاه، وإذا مشيت الآن فى شوارع بعض المدن الأمريكية الكبرى ورأيت الناس فاقدى المأوى الذين يبدون وكأنهم فصاميين ربما تتساءل ما إذا كان إطلاق مرضى الفصام من المستشفيات تطوراً إيجابياً أم لا ؟ فمن المؤكد أن هذا الاتجاه سبب وبوضوح مشكلات جديدة، ومع ذلك يجب أن نتذكر الفضل لمضادات الذهان، فكثيراً من مرضى الفصام الآن باستطاعتهم العيش مع أهلهم وذويهم.

لقد ظهرت الآثار الإيجابية لمضادات الذهان مثل الثورازين فى حوالى ٨٠-٩٠٪ من مرضى الفصام فضلاً عن أنها خفضت من الحاجة إلى حجز المرضى بمستشفيات الأمراض العقلية. ومن هؤلاء المرضى الذين استجابوا مبدئياً للعقاقير ينتكس حوالى ٢٠-٣٠٪ خلال العام الأول أو الثانى بعد خروجهم من المستشفى، ومن غير المعروف حتى الآن لماذا ينتكس المرضى أثناء تعاطيهم للدواء، بعض الحالات ربما لم يستجيبوا للعقار بسهولة وفى حالات أخرى ربما واجهوا ضغوطاً حياتيه جديدة لم يستطيعوا مواجهتها مثل مشكلات العمل، أو صعوبات أسرية، وبعضهم الآخر ربما لم يأخذ الدواء كما وصفه الطبيب (لم يلتزم بالموعد أو الجرعة أو كلاهما).

الآثار السلبية لمضادات الذهان: لمضادات الذهان كالثورازين آثاراً جانبية سلبية مثل التقلص العضلى، والانحناء عند الوقوف، وجر القدمين أثناء المشى، وأحياناً يسيل اللعاب، وهذه الأعراض الجانبية السلبية تشبه أعراض مرض باركنسون Parkinson ولذلك تعرف بالآثار الباركنسونية Parkinosonian effects وإذا ظهرت هذه المشكلات فىمريض فإنها عادة ما تظهر خلال الأسابيع الأولى من العلاج، والعلاجات المضادة لمرض باركنسون يمكن أن تحد من هذه الآثار الجانبية ولكن استخدامها هى الأخرى مازال غير مرغوب بسبب الآثار الجانبية لها كذلك. فعلاجات مرض باركنسون يجب أن تستخدم بحذر، لأنها قد تؤدى إلى حالة من الخلط والتشوش التى من الصعب معرفتها فى مرضى الفصام.

ومن الآثار السلبية المرتبطة بمضادات الذهان إضطرابات بطء الحركة (أو عسر الحركة الآجل) Tradive dyskinesia التى تتميز بحركات بطيئة فى عضلات الوجه واللسان والعنق، وعادة ما تبدأ هذه الأعراض على شكل انتفاضات فى العينين أو حركات غير طبيعية فى الأصابع ودائماً ما تتلازم مع حركات غريبة من اللسان (لعثمة)، العديد من المرضى لا يستطيعون التغلب على هذه الحركات الشاذه، وعندما يتوقف المرضى عن تناول مضادات الذهان تختفى هذه الحركات فى حوالى ٥٠٪ منهم، وربما تنخفض أو تبقى فى البعض الآخر.

ومن الآثار الجانبية الأخرى لمضادات الذهان تأثيراتها غير المرغوبة على الجهاز العصبى المستقل مثل جفاف الحلق واهتزاز الرؤية وصعوبة التبول والإمساك وانخفاض ضغط الدم عند النهوض من السرير (وخاصة مع عقار الكلوروبرومازين) كما توجد تأثيرات أيضية وغدية غير مرغوبة مثل السمنة وانقطاع الطمث، وتفاعلات حساسية مثل النقص الحاد فى كرات الدم البيضاء وارتفاع درجة الحرارة الخبيث واليرقان والتهاب الشبكية الصباغى (محمود حمودة: ١٩٩١)

ورغم ذلك يوجد الآن جدل حول النسبة الحقيقية من مرض الفصام الذين يصابون بعسر الحركة الآجل كنتيجة لتناولهم مضادات الذهان وعن العدد الحقيقى للأشخاص الذين يمكن قلب الأعراض لديهم، وعلى العموم فحوالى ١٥-٢٠٪ من مرضى الفصام الذين تعاطوا مضادات الذهان لمدة تتراوح بين ٦ شهور إلى

عامين تطورات لديهم هذه الأعراض وفى إحدى الدراسات وصلت النسبة إلى ٦٠٪ على مرضى الفصام كبار السن الذين تعاطوا الدواء لسنوات طويلة. فى حين وجدت دراسات أخرى أن بعض أنواع الاضطراب الحركى مثل عسر الحركة الآجل هذا يحدث فى حوالى ٢٥٪ من مرضى الفصام الذين لم يتلقوا مضادات الذهان على الإطلاق. ومن ثم فإن بعض هؤلاء المرضى لم تتطور لديه هذه الأعراض كنتيجة للدواء. ولذلك لاحظ الباحثون أن أى مريض يتعاطى مضادات الذهان يجب تحذيره من أعراض عسر الحركة الآجل. ونظراً لأن الفصام مرض مزمن ولا شفاء منه فإن بعض المرضى يستمرون فى تعاطى مضادات الذهان مدى الحياة، ونظراً لعدم وجود علاج فعال لعسر الحركة لآجل يجب على الطبيب أن يراقب المريض بحرص أثناء تعاطى مضادات الذهان للتعرف على المشكلة فور حدوثها، وباستطاعة الطبيب تقليل الآثار السلبية بالتعرف على أقل جرعة فعالة فى خفض الأفكار الذهانية لدى المريض.

السعى نحو تخليق مضادات للذهان ذات حد أدنى من الآثار السلبية: نظراً للآثار الجانبية الخطيرة للعديد من العقاقير المضادة للذهان، بالإضافة إلى أن بعض المرضى لا يستجيبون لمضادات الذهان، سعى الباحثون إلى بدائل ومنها الكلوزاريل Clozaril (الكلوزايين) الذى يبدو أنه مفيد لحوالى ١٠-٢٠٪ من مرضى الفصام الذين لا يستجيبون إلى مضادات الذهان الأخرى كما أنه يمتاز بعدم وجود أثار سلبية وخاصة من قبيل الاضطرابات الحركية ولكنه يسبب خفض فى معدل كرات الدم البيضاء فى حوالى ٢٪ من المرضى. ونظراً لخطورة انخفاض معدل كرات الدم البيضاء فى الدم، فإنه لا يوصى باستخدامه إلا للمرضى المقاومين للعلاج، كما أن استخدامه مقيد فى مراكز العلاج فقط ويحذر فى سواها، وعلى المرضى الذين يستخدمونه عد كرات الدم البيضاء لهم أسبوعياً، حيث يمكن إمداد الأطباء بالدواء المخصص لكل مريض ويتحكم هو فى استخدامه من خلال إمداده به أسبوعياً. ويتكلف المريض من هذا العلاج سنوياً حوالى عشرة آلاف دولار، وقد تبدو هذه التكلفة عالية، ولكنها قليلة إلى حد بعيد إذا ما قورنت بتكلفة الإقامة بالمستشفى وإضافة أجر الأطباء.

ومن العقاقير التى أدخلت حديثاً الريسبردال Risperdal (الريسبريدون) وقد تم إنتاجة فى أمريكا عام ١٩٩٤م، وهو يكف كل من الدوبامين والسيروتونين ويحد من كل من الأعراض السلبية والإيجابية للفصام. كما أن أثاره الجانبية الحركية مثل عسر الحركة الآجل محدود للغاية ومن ثم أصبح الريسبردال واحداً من أهم الخيارات الدوائية المعمول بها فى علاج مرض الفصام.

ـ المزاوجة بين مضادات الذهان والعلاج الأسرى: يؤدى استخدام مضادات الذهان إلى تغيرات مأسوية فى حياة مريض الفصام، ولكن يجب ألا تخفى آثارها الايجابية الحاجات النفسية لهؤلاء المرضى وسرهم. ويمكن ان يكون الإرشاد النفسى فعالاً جداً مع أسر مرضى الفصام الذين غادروا المستشفى وما زالوا يتعاطون بعض مضادات ألذهان، وعادة ما يقود المدخل النفسى التربوى الأسرى إلى الحد من الانتقادات، حيث يؤدى إلى خفض واضح فى عودة المريض إلى المستشفى نظراً لأهمية التفاعل بين العوامل الانفعالية والأسرية على مرضى الفصام (كما أشرنا لذلك فى الجزء الأول من هذا الكتاب)

خامساً ـ المنشطات النفسية Psychostimulants: استخدمت المنشطات أو المنبهات النفسية لعقود طويلة فى علاج العديد من الاضطرابات الاكلينيكية، والأهم من ذلك أنها استخدمت لزيادة القدرة على الانتباه فى الأطفال الذين يعانون من قصور فى الانتباه، فحوالى ٥٪ من الأطفال تشخص حالتهم على أنهم يعانون من اضطراب قصور الانتباه / والنشاط الزائد، كما أن الراشدين قد يشخصون بهذه المشكلة والعديد من الناس يوصفون بذلك، واستخدام المنشطات النفسية تدور فى هذا الفلك من الاضطرابات، وخلال الفترة من عام ١٩٩٠ إلى ١٩٩٤ فقط قفز استخدام المنشطات ٣٩٠٪، بالإضافة لذلك فالأطباء يصفون المنشطات النفسية لحالات اضطراب النوم، وحالات الخِدار Narcolepsy (حالات مرضية تتميز بنوبات نوم عميقة وقصيرة). وفى هذا الجزء سوف نعرض تاريخ اكتشاف المنشطات النفسية، وقدرتها على زيادة الانتباه وآثارها الايجابية والسلبية واستخداماتها العلاجية فى مشكلات غير اضطراب الانتباه والنشاط الزائد فى الأطفال.

تاريخ اكتشاف المنشطات النفسية وقدرتها على زيادة الانتباه: فى عام ١٩٣٧ أعطى شارلز برادلى .Bradley,c الأطفال فى المصحات العقلية المنشطات لخفض شعورهم بالصداع، وبدلاً من أن يُشفى الصداع، فقد نجح فى الحصول على ملاحظة قادت إلى علاج جديد للأطفال، وبالتحديد وجد أن الأطفال الذين كانوا عدوانيين ولديهم نشاط زائد استجابوا بتحسن للمنشطات النفسية. كالبنزدرين Benzedrine الذى يطلق عليه الأطفال "أقراص أو حبوب الرياضيات arithmetic pills" وذلك لأنهم شعروا أن باستطاعتهم إكمال الواجبات الرياضية بسرعة شديدة عندما يتعاطون هذا العقار، وهكذا انضم برادلى إلى القائمة الطويلة من الأخصائيين والباحثين الذين كانت لهم اكتشافات طبية هامة بمحض الصدفة. وفى الأربعينات من القرن العشرين لاحظ الباحثون أن المنشطات النفسية وخاصة الأمفيتامينات تزيد الانتباه، والمهارات الحركية، واليقظة عموماً فى مواقف الاختبار عند الراشدين. وبناء على هذه النتائج فقد أعطى الطيارون ورجال الاستطلاع وجنود المشاة الذين شاركوا فى الحرب العالمية الثانية الدواء أثناء وجودهم بالمخابئ ليبقوا يقظين أو مساعدتهم إذا كانوا يرغبون فى الفرار من العدو. ولم يقود اكتشاف برادلى ولا الاستخدام العسكرى للمنشطات النفسية إلى أى تطور فى استخدامها حتى الستينات من نفس القرن. وفى عام ١٩٦٩ أثبتت دراسات كيث كونرز .Conners,k. 1969 أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد وصعوبة الانتباه أظهروا تحسناً أو استجابة إيجابية للمنشطات النفسية، وكنتيجة لهذه الدراسات وغيرها التى وجدت آثاراً إيجابية لهذه العقاقير أصبحت المنشطات النفسية أكثر الأدوية التى توصف لعلاج الأطفال. ومن أشهر هذه الأدوية الريتالين Ritalin، والديكسدرين Dexedrine، والسيلرت Cylert ورغم أنها جميعاً متكافئة فى المفعول إلا أن الريتالين أكثرها استخداماً مع الأطفال.

آثارهـــا:ـــ

أ ـ آثارها الايجابية: تصبح مشكلات النشاط والانتباه لدى الأطفال أكثر وضوحاً فى المواقف التركيبية مثل حجرة الدراسة، وتعاطى المنشطات النفسية يؤدى لخفض شعورهم بالضجر والملل ويزيد فى القدرة على التركيز والانتباه لدى

الأطفال ذوى النشاط المفرط بعد تعاطيهم المنشطات النفسية، كما ظهر تحسن واضح فى السلوك الاجتماعى، وانخفض التململ والتوتر والتجول داخل حجرة الدراسة، كما كان تأثير المنشطات النفسية على المهارات الحركية أيضاً إيجابياً، فقد وجد الباحثون أن حوالى ٥٠٪ من الأطفال ذوى النشاط المفرط الذين تلقوا منشطات نفسية حققوا تحسناً فى الكتابة فى حين حقق ٥٪ فقط من الذين تلقوا علاجاً وهمياً placebo نفس التحسن.

ب ـ آثارها السلبية: فى أواخر الستينات وأوائل السبعينات أظهر عدد من الدراسات آثاراً فسيولوجية جانبية للمنبهات النفسية فى الأطفال والراشدين، وعلى سبيل المثال فإن هذه العقاقير تزيد من خفقان القلب، وضغط الدم، واستجابة الجهاز العصبى المركزى، وفى الراشدين على وجه التحديد تؤدى المنشطات النفسية إلى وجود إحساس بالخفة والنشاط euphoria وتزيد من مستوى الطاقة ومدى التركيز، وهو ما أدى إلى تسميتها بالعقاقير المُسرعة Speed.

ولسوء الحظ فقد سيئ استخدام المنشطات النفسية من قبل العديد من الراشدين خاصة فى الستينات والسبعينات، وتدريجياً أصبح واضحاً أن هذه العقاقير تُحدث الإدمان وخطيرة على الراشدين وتصنف المنبهات الآن كمخدر من الفئة الثانية، والتى يحتمل إساءة استخدامها بنسبة مرتفعة، ولذلك أصبح هناك رقابة على استخدامها ضمن الوصفات الطبية، وفى بعض الأقطار مثل السويد أصبح استخدام هذه العقاقير مقيد ومحدود، فى حين أنه ما زال مرتفعاً بشكل غير طبيعى فى أقطار أخرى مثل إيطاليا وأسبانيا والصين وخاصة مع الأطفال، وحتى المدافعين عن استخدام المنشطات النفسية مع الراشدين الذين يعانون من قصور فى الانتباه / ونشاط زائد يوافقون على أنه من غير المعروف جيداً ما إذا كان الراشدين الذين يأخذون جرعات علاجية من المنشطات النفسية يشعرون بأثارها الادمانية مثلهم فى ذلك كمن يسيئ استخدامها. فمن المعروف أن تناول المنشطات النفسية بطريقة معتدلة لا تحدث إدماناً لدى الأطفال.

المزاوجة بين استخدام المنشطات النفسية وعلاجات أخرى: على الرغم من أن المنشطات النفسية تساعد الأطفال الذين يعانون من مشكلات الانتباه، كانت

المفاجئة للكثير من المتخصصين أن استخدام هـذه العقـاقير لا يرتبـط بالتحسـن فـى الأداء الاكـاديمى كمـا ينعكـس فـى اختبـارات التحصيـل المقننـة، كمـا وجـدت أحـد الدراسـات أن الأطفـال ذوى النشـاط المفـرط الذيـن يتلقـون منشـطات نفسـية لعـدة سنوات لم يتحسنوا كثيراً عن نظرائهم الذين لم يعالجوا بها. مثل هذه النتـائج قـادت المتخصصين إلى الاعتقاد بأن المشكلات الحرجة للأطفال ذوى النشـاط الزائد فـى تعلـم مهـارات اجتماعيـة وأكاديميـة جديـدة لا يمكـن مواجهتهـا ببسـاطة مـن خـلال العلاج الطبى. كما تساءل البعض الآخر عمـا إذا كـان شـيوع اسـتخدام المنشـطات النفسية فى العلاج هل يؤدى نفس الآثـر الايجـابى للعـلاج السلوكى فـى النواحـى الاجتماعيـة والاكاديميـة ؟. ومـن هنـا ظهـر الاتجـاه للمزاوجـة بيـن العـلاج الطبـى والعلاج السلوكى أو العلاج الأسرى وربمـا يكـون خيـاراً علاجيـاً لبعـض الأطفـال الذين يعانون من قصور الانتباه / والنشاط الزائد وقد يكون مـن المفيـد الربـط بيـن استخدام جرعة صغيرة من المنشطات النفسية والعلاجات النفسـية، وخاصـة إذا لـم يستجيب الأطفال للتدخلات النفسـية والتربويـة وحدهـا. وعلـى سـبيل المثـال، وفـى مراجعة قام بها بيلهام Pelham, 1993 عن تأثير العلاج بالمنشـطات النفسية علـى الأطفال، واقترح أن تدريب الوالدين، والإرشاد النفسى من المعلمين مفيـد للأطفـال ذوى نقص الانتباه والنشاط الزائد، وأن الإرشاد والتربيـة يجـب أن تسـبق اسـتخدام الدواء، ولكن إذا كانت هذه التدخـلات غيـر كافيـة اقتـرح بلهـام إضافـة المنشـطات النفسية ضمن البرنامج العلاجي. وفى عام ١٩٩٤ اسـتهل المعهـد القومـى للصحـة النفسية دراسة فى ستة مواقع بأمريكا يقارن فيهـا بيـن العـلاج بالمنشـطات النفسـية وحدها والعلاج السلوكى وخلال الفترة من ١٩٩٨-٢٠٠٢ سوف يتوفر المزيد مـن المعلومات عن هذين المدخلين.

الاستخدامات الاكلينيكية الثانوية للمنشطات النفسية:ـ استخدمت المنشـطات النفسية لعقود عديدة فى علاج أحد اضطرابات النوم النادرة والتى تحدث بمعدل حالـة واحـدة لكـل آلـف مـن البشـر وتعـرف باسـم الخِدار (النـوم المفـاجئ) Narcolepsy، والأشخاص المصابين بهذا الاضطـراب ينـامون فجـأة فـى أوقـات غيـر ملائمـة وفـى أماكن غير مناسبة ويبدأ هذا المرض عادة عندما يكون الشخص بين الخامسة عشـر،

والخامس والعشرين من العمر ويظل مريضاً به طوال حياته.ونظراً لأن المنشطات النفسية تزيد من نشاط الجهاز العصبى المركزى فإن هذه العقاقير قد تقدم الطاقة لتنشيط المخ وتساعد على بقاءة متيقظاً، وغالباً ما تُنقص المنشطات عدد مرات النوم بالنسبة لهؤلاء المرض، فحوالى ٧٠-٨٠٪ من مرضى الخدار تتحسن حالتهم مع العلاج ويمكن أن يستأنفوا حياتهم العادية والنشطة.

كما تستخدم المنشطات النفسية أحياناً فى علاج مرضى الاكتئاب الذين لا يستجيبون لمضادات الاكتئاب أو لديهم ردود أفعال عكسية نحوها أو أعراض ثانوية سلبية من تعاطيها، كما تستخدم هذه العقاقير مع كبار السن من المرضى، ورغم ذلك فإن استخدام المنشطات النفسية فى علاج الاكتئاب يصاحبة مشاكل لأن على الطبيب أن يحدد مستوى الجرعة اللازمة لخفض المزاج الاكتئابى دون أن ينتج عن ذلك زيادة الانفعال المرتبط بالإدمان النفسى والعضوى للمنشطات (Wilson, G.T.et al, 1996)

ب ـ العلاج بالرجفة الكهربية Electroconvulsive Therapy: العلاج بالرجفة أو الصدمة الكهربية هو استخدام التيار الكهربى داخل المخ لإحداث رجفة أو تشنج خفيف. وتسمى أحياناً العلاج بالصدمة أو العلاج بالصدمة الكهربية، ولكن هذه المسميات تترك ردود أفعال سلبية على المريض وأهله لأنها تذكرنا بالممارسات العلاجية القديمة والتعذيب الذى كان متبعاً فيها، ولكن الأطباء اليوم يؤكدون أن الصدمة الكهربية من أكثر طرق العلاج آمناً وفعالية.

الاكتشاف والتطور:ــ مر العلاج بالرجفة الكهربية فى اكتشافة وتطوره بالمراحل الآتية:ــ

١ــ مرحلة العلاجات الاجتهادية:ــ حيث يعد استخدام سمكة الرعاد Torpedo وسمكة الانفليس (الجريث) وتسمى بسمكة التشنج Cramp Fish من الصور البدائية والبسيطة للاستخدامات الطبية والبسيطة للصدمة الكهربية فى العلاج الطبى، وقد عرف أبو قراط خصائص هذا العلاج، وفى عام ٤٧م تقريباً استخدم لارجوس Largus,S. هذا السمك فى علاج الصداع الذى كان يعانى منه الامبراطور الرومانى كلوديوس، كما استخدمه جالين Galen فى علاج النقرس وأمراض أخرى، كما استخدم الجراح اليونانى ديسكوريدس الصدمة الكهربية

الناتجة من السمك الرعاد لمعالجة صداع الجنود الرومان، وذلك إما بإيقاف المريض فوق السمكة أو بضربة بها على صدغية، كما توجد إشارات لاستخدام سمك الرعاد فى الصدمات الكهربية فى القرن السادس عشر لعلاج الحالات السيكترية. وفى القرن الثامن عشر عرف الأطباء أن الضغوط البدنية الشديدة تخفف المرض العقلى، ويبدو أن البداية الحقيقية لاستخدام الكهرباء فى إحداث الصدمات كانت فى هذا القرن إلا أنها ما زالت بدائية ومبسطة وتفتقر إلى التنظيم والضبط وتعتمد على جهود فردية، ويعتقد أن أول من أعطى علاجها كهربياً لمريضاً عقلياً كان الطبيب الفرنسى ليروى Leroy فى ١٧٥٥م وتم ذلك لأحد المرضى المصابين بعمى يرجع لأسباب نفسية. واستمرت المحاولات والاجتهادات الفردية فى القرن التاسع عشر، فقد لاحظ أوجستين Augustin أن المرضى الذين تلقوا علاجاً كهربياً ناموا بشكل أفضل، كما عالج بيسكوف Bischoff حالة ذهول وشلل هستيرى بتيار كهربى مباشرة وشفيت الحالة بعد ذلك، وفى عام ١٨١٤ أوصى هل بعلاج المكتئبين علاجاً كهربياً، وفى نهاية القرن التاسع عشر وصف سترانكس تجربة حية وطبيعية حصلت لمريض مصاب بالفصام هرب من مستشفى للأمراض العقلية وهو يعانى من توهم حاد بالإضطهاد، وتسلق هذا المريض برجاً كهربياً، وتعرض لصدمة كهربية شديدة قذفت به إلى الأرض، فتكبد جروحاً وحروقاً جعلته فى حالة حرجة لعدة أسابيع، ولكنه أصبح سليم العقل وتحرر تماماً من أية أعراض نفسية إلى أن توفى (عبد الله المعيلى: ١٩٩٠)

٢ـ **مرحلة العلاجات المنهجية:** هذه المرحلة أكثر دقة وتنظيماً تقوم على التجريب والملاحظة المقصودة مع تتبع النتائج بغرض الوصول للأفضل، ففى عام ١٩٠٢ نوه ليدك Leduc أنه يمكن التأثير على المخ ووظائفه عن طريق التيارات الكهربية المباشرة، كما يرى أنها ذات أثر فى علاج أمراض المخ، وفى عام ١٩٣٨ بدأ طبيبان إيطاليان هما يوجو سرلويتى، وبينى Serlutti & Bini فى إحداث صدمات كهربية بجهد ١٢٥ فولت لمدة ٠,٥ ثانية على الكلاب ثم فحص مخها بعد قتلها، ولكنهما بقيا خائفين من ممارسة الصدمة على الإنسان إلى أن علما أن المجازر فى روما تستخدم الصدمة الكهربية لذبح الحيوانات فقاما بزيارتها

واطلعا على الأسلوب المستخدم فلاحظا أن الحيوان يصاب بصفعة فقط يعقبها غيبوبة صرعية تشبة ما يحصل فى تجاربهما على الكلاب، وأن بإمكان تلك الحيوانات أن تبقى حيه فأجريا دراسات على شدة التيار والزمن المناسب الذى لا يؤدى إلى ضرر المريض ووفاته، وفى ١٥ إبريل ١٩٣٨ وصل عن طريق الشرطة من ميلانو إلى روما مريض يعانى من أعراض فصامية وتنتابه حالتان بالتناوب هما الخرس والتعبير عن ذاته بكلام غير مفهوم، وفى عيادة سرلويتى كان هذا الشخص أول من تجرى عليه تجربة التعرض لصدمة كهربية من بنى البشر بالطريقة التى تتم بها الآن تقريباً، فثبت قطبين كهربيين على منطقة الجبهة الجدارية، ومرر خلالها تياراً كهربياً بجهد ٨٠ فولت ولمدة ١,٥ ثانية، ويصف سرلويتى ما حدث بقولة "بمجرد أن سرى التيار استجاب المريض برجفة شديدة وتخشب عضلات جسمه، ثم سقط على ظهره على السرير من غير أن يفقد وعيه ثم بدأ فجاة فى الغناء ثم هدأ" (ريتشارد سوين:١٩٧٩). وبدأ واضحاً لسرلويتى أن التيار الكهربى الذى استخدمه كان ضعيفاً وقرر إعطاء صدمة أخرى، ولكن مع تعديل فى قوتها إلا أن هذا الاقتراح أثار جدلاً مع بينى ومساعدين أخرين خشية أن يؤدى ذلك لقتل المريض وقبل أن يشرع سرلويتى فى تنفيذ اقتراحه نهض المريض فجأة وقال بلغة إيطالية سليمة واضحة لا تفعلوها ثانية إنها ستقتلنى، إلا أن سرلويتى فضل تكملة العلاج وثبت الأقطاب ومرر تياراً أشد فى هذه المرة بجهد ١١٠ فولت ولمدة ١,٥ ثانية ويصف ما حدث بقوله " وأعدنا استخدام القطبين ثانية ولاحظنا ظهور التشنج الصرعى الكلاسيكى، وكنا جميعاً مشدوهين، ونحن نلاحظ زرقة الموت، وأخيراً نهض واتخذ وضع الجلوس ونظر الينا هادئاً يبتسم وكأنه يستفسر عما نريده منه، وسألناه ماذا جرى لك؟ فأجاب لا أدرى لعلى كنت نائماً وهكذا حدث أول تشنج تسببه الكهرباء فى إنسان أسموه على الفور صدمة كهربية (ريتشارد سوين:١٩٧٩)

ونظراً لما وجه لهذا الأسلوب من انتقادات وقضايا فى ساحة المحاكم تطالب بوقفه من ناحية بسبب الآثار المصاحبة له كاضطرابات الذاكرة، والاضطرابات القلبية وتهشم عظام المريض، ومن ناحية أخرى بسبب تطور العقاقير النفسية، إلا

أن الأطباء رأوا أن تطوير هذ الاسلوب العلاجى أمراً فى غاية الأهمية وخاصة للسيطرة على العنف والعدوان الذى يظهر بين المرضى فى عنابر المستشفى، فبدأو استخدام العقاقير المخدرة لتفادى آلام الصدمة أو مقاومة المريض لها ومن ثم انتهت مشكلة تهشم العظام، وفى الستينات والسبعينات من القرن العشرين أصبح استخدام الصدمة أكثر أمناً من خلال أجهزة تصدر نبضات مختصرة بفرق جهد أقل ويمكن التكحم فيها بدقة، ومن خلال وضع قطب كهربائى واحد أدى ذلك إلى خفض الآثار السلبية للصدمة على الذاكرة.

الاستخدام الراهن:ـــ يتلقى المرضى الذين يعالجون بالصدمة الكهربية اليوم تخديراً خفيفاً ليجعلهم ينامون قبل العلاج ويحقنون براخى العضلات لمنع حدوث الانقباضات العضلية العنيفة ويقوم الأطباء بمراقبة ضغط الدم ومعدل الاكسجين فى الدم ومعدل ضربات القلب، ثم يتم إحداث النوبة بمرور تيار بفرق جهد ١٥٠ فولت خلال قطب موضوع على صدغ المريض، ويتم تتبع الصدمة بواسطة جهاز الرسم الكهربائى للمخ الذى يراقب نشاط موجات المخ، بعد دقيقة واحدة تنتهى النوبة، وبعد حوالى ٥-١٠ دقائق يستيقظ المريض، ويتلقى معظم المرضى ما بين ٦-٨ جلسات خلال فترة لا تتجاوز ثلاث أسابيع، ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربية اليوم بشكل شائع فى علاج مرضى الاكتئاب الحاد والدائم والذين لا يتحملون الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب والذين عادة ما يكونوا من المرضى كبار السن. كما يستخدم بفاعلية مع حالات الاكتئاب الحاد وخاصة الأكثر عرضة لخطر الانتحار. وقد راجع ديفانند وآخرون ١٦ دراسة استخدمت الصدمة الكهربية فلم يجدوا دليلاً يُعتد به يؤكد أن العلاج بالصدمة الكهربية يسبب تلفاً فى تركيب المخ ورغم أن الكثير من الناس ترهبهم كلمة الصدمة الكهربية إلا أن مسحاً للمرضى الذين تلقوا هذا العلاج وجد أن ٨٠٪ شعروا بأنهم تلقوا مساعدة من الصدمة الكهربية ولن يكونوا مترددين فى تلقى العلاج ثانية إذا كان مطلوباً. (Wilson, G.T.et al, 1996)

ورغم مرور عقود عديدة على استخدام الصدمة الكهربية فى العلاج وما صاحبها من بحوث ودراسات لا يوجد بينها اتفاق فبعض أنصار المدرسة السيكودينامية يرجعونها إلى تخفيف مشاعر الإثم والذنب نتيجة التعرض للعقاب

بالصدمة والبعض الآخر يشبة الغيبوبة المصاحبة للصدمة بالاحتضار (لحظة الموت) الذى يخفف من مشاعر الذنب لدى المريض. أما الأطباء النفسيين فلهم آراء عديدة، البعض يرى أن الصدمة تمحو الذبذبات الزائدة والمعطلة والبعض الآخر يرى أن الصدمة تعيد توازن تحكم الهيبوثلاموس فى العمليات الانفعالية المختلفة لدى مرضى الاكتئاب والفصام والهوس. أما فريق ثالث فيعتقد أن الصدمة تحدث ثورة فى المخ تساعد على استعادة طريقة عمله بشكل طبيعى ومنتظم وبالتالى التحكم فى الاضطرابات الانفعالية. ولكن يبدو أن أكثرها قبولاً هو أن الصدمة تقمع تأثير هرمون الكورتيزول المسبب للاكتئاب.

جـ ـ الجراحة النفسية Psychosurgery

من بين كل العلاجات المستخدمة للاضطرابات النفسية، تعد الجراحة النفسية أكثر عرضة للجدل والنقاش، وتتضمن الإزالة الجراحية الانتقائية لجزء من المخ أو تدمير ممرات عصبية (مسارات عصبية) للتأثير على سلوك المريض، وقد تطورت هذه الإجراءات قبل اكتشاف العقاقير المضادة للذهان، فى وقت لم يكن فيه هناك علاج فعال للكثير من الاضطرابات النفسية. وفى أول جراحة نفسية تم إزالة جزء من الفصين الأمامين لمريض بالفصام. وفى عملية جراحية تعرف بجراحة الفص الأمامى بالمخ Prefrontal Lobotomy أزال دكتور مونيز ورفاقه Moniz Colleague، ودكتور ليما Lima أنسجة الفص الأمامى من كل جانب من المخ فى مرضى الفصام، وأدى الجراحين هذه العملية على مئات من المرضى الذين لاقوا متاعب بسبب إصابتهم ولم تنجح معهم العلاجات الأخرى، ونتيجة لذلك أصبح العديد من المرضى خاملين، وفاترى المشاعر وغير فعالين، وحوالى النصف أصيب بالصمم والبكم، وبمرور السنوات كان من المقدر فيها أن آلاف من المرضى قد أصابهم أذى وضرر شديد بالمخ بسبب هذا الإجراء. وفى عام ١٩٤٩ تلقى مونيز جائزة نوبل فى الطب لقيامه بتطوير عملية إزالة الفص الأمامى فى المخ.

التقارير الأولى الواردة من جراحى المخ والأعصاب توضح أن معظم المرضى تحسنوا فعلاً. واستشهدت إحدى الدراسات بآراء ٦٠ اخصائياً يُعدوا خبراء فى هذا المجال لم يَجدواً أدلة للربط بين الجراحة النفسية وأى فقدان دائم فى

الذاكرة أو قصور وظيفي في القدرات. ولكن هذا التقييم الاكلينكي المبكر لا يتضمن مجموعة ضابطة، كما تركز التقييم على التخلص من السلوك غير المرغوب، وليس على كفاءة الشخص الذى أزيل الفص الأمامى له فى الحياة، هذا ما وضحه فريمان، وواتز Freeman & Watts فى تعليقهمما على إحدى الحالات بأنها "أصبحت غير مزعجة ومن السهل التعامل معها"

الآن، يؤدى الأطباء صور محدده من الجراحات النفسية على الناس الذين يعانون من اضطرابات حادة ومعقدة، وتتضمن بعض الجراحات بتر مناطق متناهية الصغر من المخ تسبب إثارة للجهاز الطرفى فيه، ويعتقد الباحثون أن هذه العملية تبطئ الإشارات العصبية للجهاز العصبى الطرفى التى من المعتقد أنها تسبب الإثارة الانفعالية التى تحدث الوساوس، وهذا النوع من الجراحة مقصور إلى حد كبير على علاج الأفراد الذين يعانون من وساوس قهرية حادة أو مرضى الاكتئاب المرتبط بالقلق الحاد، ولكن هذه الجراحة ما زالت محل جدل بخصوص فعاليتها فى علاج السلوك الوسواسى / القهرى، إلا أن هذه الجراحات قدمت الأمل لمن قيدت حياتهم بسلسلة من الوساوس القهرية المتسلطة، كما أن هذه الجراحات تساعد ما يقرب من ٥٠-٦٠٪ من مرضى الوساوس القهرية الذين لا يستجيبون للعلاجات الأخرى.

ومن الطرق الحديثة فى الجراحة النفسية ما يستخدم فيها الليزر وتعرف باسم الفيديوليزرسكوبى Videolaserscopy حيث تسمح للجراحين باستخدام كاميرات الفيديو لتوجيه الجراحة بالليزر فى إصلاح الأوعية الدموية فى المخ وعمل فتحات أصغر من ملليمتر واحد (١مم)، وهذه الجراحة قد تحل تماماً محل ما سبقها من جراحات نفسية باستخدام المشرط، ونظراً لأن هذه الطرق تدمر أنسجة بالمخ، حتى لو كان التدمير فى منتهى الصغر، فإن هذا الإجراء يبقى هو الملاذ والملجأ العلاجى الأخير للاضطرابات النفسية (Wilson, G.T. et al, 1996)

ثانياً: العلاجات النفسية الفردية:

لا شك أن على العلاج الطبى العديد من المآخذ فبعض المرضى يدمن المهدئات أو المنشطات التى يُعالج بها، والبعض الآخر قد يتأثر بالآثار السلبية أو

الأعراض الجانبية لها كزيادة ضربات القلب أو ارتعاش الأطراف أو غيرها من الآثار، وأحياناً يجد الطبيب أنه فى حاجة إلى المزاوجة بين العقاقير الدوائية وعلاجات نفسية تخفف من حدة الصراعات الداخلية لدى المريض أو تعيد تشكيل البنية المعرفية أو تزيل الأفكار الخاطئة وغير العقلانية لديه، وقد لاحظنا خلال عرضنا للاضطرابات العقلية فى الفصول السابقة أن أفضل النتائج تتحقق فى حالة المزاوجة بين العلاج الطبى والعلاج النفسى، وفى هذا الجزء سوف نعرض باختصار أهم العلاجات الفردية التى أثمرتها جهود علماء النفس خلال القرن العشرين، وهى العلاج السيكودينامى، والعلاج النفسى البينشخصى، والعلاج النفسى الوجودى والإنسانى، والعلاج السلوكى، والعلاج المعرفى، ويخضع هذا العرض لترتيباً تاريخياً وليس للفاعلية أو الانتشار حيث يمثل العلاج السلوكى والسلوكى المعرفى أكثرها فعالية وانتشاراً كما عرضنا فى الفصول السابقة.

العلاجات السيكودينامية والسيكودينامية المختصرة:ـ

يعد فرويد الرائد الأول لهذا الاتجاة الذى انتشر فى أوروبا مع بداية القرن العشرين منطلقاً من فيينا معقل التحليل النفسى ثم عبر المحيط الأطلنطى إلى أمريكا فى نهاية الثلاثينات من نفس القرن بسبب هجرة المحللين النفسيين إليها فراراً من الحرب الوشيكه وسعياً إلى المريض بدلاً من انتظاره. ومن المهم هنا أن نميز بين التحليل النفسى الكلاسيكى والعلاجات النفسية التى بُنيت على أسس التحليل النفسى، فالتحليل النفسى الكلاسيكى هو علاج مكثف عادة ما يتم بمعدل ٤ جلسات أسبوعياً أو أكثر ولعدد ممتد من السنوات، وهذا العلاج لا يُمارس إلا بواسطة معالج تلقى تدريباً جيداً على التحليل النفسى، ولم يعد التحليل النفسى الكلاسيكى اليوم خياراً مناسباً للعلاج نظراً لطول المدة وارتفاع التكاليف مما جعلة فوق طاقة الناس، أضف لذلك أن نتائجه ليست أفضل مما تحققة الطرق الأخرى الأقل تكلفة. أما العلاجات النفسية القائمة على أسس التحليل النفسى فتتميز بالتباين الواسع فى طرقها ومحتواها وتركيبها، فقد تكون بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، وقد يكون مختصر نسبياً فى معدله أو سريانه ولكنهم يشاركون التحليل النفسى الكلاسيكى فى النقاط الآتية:ـ

١ــ كل منها ينصب على تفهم الدوافع الكامنة خلف تفكير ومشاعر وتصرفات الناس.

٢ــ كل منها تفترض أن خبرات الطفولة المبكرة محددات أساسية فى نمو الشخصية وان الاضطرابات النفسية والعقلية إنما ترجع إلى اختلال العلاقة بين الوالدين والطفل فى هذه المرحلة.

٣ــ كل منها تؤكد أن الصراع بين القوى النفسية المتعارضة أمر لا مفر منه خلال نمو الشخصية الإنسانية، ومن مصادر هذا الصراع ذلك الذى يدور بين هوية الشخص فى الجانب البيولوجى / الغريزى مقابل كونه كائن اجتماعى، وكذلك ما بين الدوافع الشعورية واللاشعورية.

٤ــ تقترح جميعها أن الدوافع الكامنة وراء السلوك لا شعورية أساساً، فهى تظل مكبوتة لأن العقل الواعى يجدها دوماً مهددة أو غير مقبولة، ونحن دوماً مضطرين إلى تطوير آليات أو ميكانيزمات الدفاع المختلفة لنبقى دوافعنا غير المقبولة بعيدة عن متناول الشعور.

٥ــ تقترح جميعها أن الملامح الأساسية للعلاج النفسى الفعال تعتمد على تأسيس وتطوير علاقة خاصة بين المريض والمعالج (Wilson, G.T. et al, 1996)

١ــ الملامح الأساسية للتحليل النفسى وفنياته: الأساس النظرى للتحليل النفسى يعتمد على أن نخبر المريض عن أسباب وديناميات الأعراض العصابية التى تحول دون الشفاء، والتى تنجرف إلى اللاشعور عن طريق دفاعات الأنا وتظهر غير صحيحة وغير مرتبطة بالموضوع، ويبدأ العلاج عادة بسلسلة من المقابلات الشخصية التمهيدية ويسترخى المريض على سريراً أو مقعد مريح بينما يجلس المحلل إلى جانبه وهو ما يسمح للمريض أن يستريح جسمانياً ويركز كل طاقته على المهام العقلية المطلوبة منه كما يؤدى ذلك إلى إبعاد التأثيرات غير المباشرة لوجه المعالج عن المريض، ويدوم العلاج بمعدل ٤-٦ جلسات أسبوعياً لمدة (٥٠ دقيقة) فى الجلسة الواحدة ولأعوام طويلة، ورغم أن ذلك يمثل عبئاً ثقيلاً على المريض إلا أن أنصار التحليل النفسى يرون أن الأجر الباهظ يعطى المريض

باعث لتفكيك دفاعاته النفسية وليتخلى عن المقاومة مما يسهل عليه دخول عالمه اللاشعورى المخيف ومن الفنيات المستخدمة لتحقيق هذا الهدف ما يلى:ـــ

أ ــ **التداعي الحر:ـ** حيث يُطلب من المريض أن يقول كل ما يرد إلى ذهنه أو يشعر به حتى لو كان تافهاً أو عديم القيمة أو يبدو غير مرتبطاً أو مربكاً أو شخصياً بدون أى حذر أو خوف أو حذف أو تمويه، وتعد هذه الطريقة أسلوباً غير مباشراً لسبر أغوار اللاشعور ومعرفة الدوافع اللاشعورية وراء سلوكه، ومن المهم أن يحاول المعالج إبقاء المريض إيجابياً وتركه يتحدث دون مقاطعة، وعلى المعالج أن يحاول تقليل الإثارة الموقفية، كما أن تداعي المريض يتحدد أساساً بواسطة عمليات نفسية داخلية، كما يجب على المعالج أن يكون حريص ويدقق فيما يقوله المريض والطريقة التى يعبر عن نفسه ليتمكن من فك شفرة الدوافع والصراعات اللاشعورية.

ب ــ **المقاومة:ـ** تتصارع رغبة المريض فى الشفاء عن طريق التحليل النفسى مع دوافعه اللاشعورية لكبت المواد المهددة، ولا تستطيع دفاعات الأنا أن تستجيب للمعالج بمجرد أن يوصى المريض بضرورة إخباره بكل شئ ومن ثم تنتج المقاومة، وقد يفسرها البعض بأن لدى المريض التزام لا شعورى مع ذاته ببقاء الحال على ما هو عليه. ومن أمثلة المقاومة: عدم القدرة على التداعى الحر للمعلومات والخبرات المكبوتة، رفض مناقشة مواضيع معينة والبقاء فى صمت، عدم الموافقة على تفسيرات المعالج، التغيب أو الوصول متأخراً عن موعد الجلسة، والعجز عن طاعة المعالج. ونظراً لأن المقاومة تتم دون وعى المريض بها، فالشعور يرغب فى التعاون مع المعالج للتغلب على مشاكله، ولكن الخوف من العراء النفسي يعد أحد العوامل الأساسية للمقاومة، وهنا يجب على المحلل أن يساعد المريض على أن يصبح مدرك أن عملية المقاومة قد أخذت مكانها فى المقابلة، وأن يذكره بأسبابها حتى يعمل على إزالتها لكى يستمر التداعى الحر. ولذلك فمن الضرورى أن نحلل ليس فقط الدوافع الأوديبية المهددة والرواسب اللاشعورية المتبقية من الطفولة ولكن أيضاً المعوقات اللاشعورية الموضوعة فى طريق العلاج.

جـ ــ التحول: أثناء تلك الفترات التى لا تعوق فيها المقاومة عملية التداعى الحر فإن تكرار دفع المريض لأن يتذكر صراعات الطفولة فى الموقف التحليلى من شأنه أن يؤدى بالخبرات الانفعالية والسلوكية أن تنتقل لا شعورياً من الماضى إلى الحاضر ومن شخصيات هامة فى حياة المريض إلى المحلل، وتعرف هذه العملية باسم التحول وينقسم التحول إلى نوعين هما التحول الإيجابى وهو تعلق المريض بالمحلل، والتحول السلبى ويعنى كراهية المريض للمحلل، أى أن التحول يصف تطور العلاقة بين المريض والمعالج، كما أنه يمد المحلل بأول دليل على الاضطراب العصابى للمريض. وقد يشجع التحليل النفسى المرضى على عملية التحول وخاصة اؤلئك الذين يعتمدون على المحلل، ويتصرفون بشكل واع، ولكنهم ذات طبيعة صارمة أو بأسلوب غير مُحكم فيحاول المعالج توفير مجالاً يسقط المريض من خلاله مشاعره عليه. وعادة ما يصبح المرضى غاضبين ومحبطين لعدم الاستجابة الواضحة للمعالج، ويبدو أن هذا النوع من ردود الأفعال يعد أمراً طبيعياً وضرورياً فى العلاج. فالطريقة التى يستجيب بها المريض إزاء هذا الاحباط تساعد المعالج على تفهم خبرات الطفولة وأنماط التفكير والمشاعر المؤثرة فى السلوك. فتطور التحول والعمل من خلاله يمثل عنصراً أساسياً وهاماً فى العلاج بالتحليل النفسى ولكنه يجب ألا يتم بسرعة أكثر من اللازم أو بطء شديد، ويفضل عند انهاء عملية العلاج الخفض التدريجى لعملية التحول إما عن طريق زيادة الفترات الزمنية بين الجلسات تدريجياً أو عن طريق العلاج الجماعى، مما يؤدى إلى خفض مشاعر التعاطف مع المحلل دون أن يترك ذلك أية آثار ودون حدوث النكسة للمريض.

د ــ التفسير: بمجرد أن تتم عملية التحول ينتقل المعالج من الملاحظة الإيجابية للمريض إلى تفسير كل ما يقوله المريض أو يفعله، ويواجه المعالج مريضه بمعلومات عن سلوكه لم يكن على علم بها فى الماضى، ومن ثم يجعله أكثر وعياً بالصراعات اللاشعورية ويحثه على تحقيق التغير السيكولوجى. وعادة ما يبدأ المعالج فى تفسير السلوك الأقرب إلى وعى المريض كميكانزمات الدفاع والمقاومة. أما المواد المكبوته فيجب أن يؤجل تفسيرها حتى يكون المريض على

بُعد خطوات منها، وتصبح دفاعات الأنا المتصله بها علىَ وشك الانهيار وقد تؤدى التفسيرات ـ حتى الصحيح منها ـ إلى مقاومة ورفض المريض نظراً لأنها تكون بعيدة عن المعرفة الشعورية له، فالمريض غالباً لا يصدق أنه يحب أمه أو يخفى رغبته فى موت زوجته التى يتظاهر بحبها، لذلك يرى فرويد أن ذلك يعتمد على مهارة المعالج بالدرجة الأولى.

هـ ـ **تفسير الأحلام:** من الأساليب الأخرى لسبر أغوار اللاشعور هو تفسير الأحلام التى اعتبرها فرويد الطريق الملكى لدخول اللاشعور، ففى أثناء النوم تتخلى الأنا عن دفاعاتها وتسمح بظهور الخبرات والرغبات المكبوتة، وتسمح لدوافع اللبيدو التى أحبطت أثناء ساعات اليقظة أن تجد إرضاءاً لها أثناء النوم. ونظراً لأن الجزء الذى يتذكره الفرد من الحلم يمثل المحتوى الظاهر له فى حين تختبأ الدوافع اللاشعورية والمعتقدات والذكريات والانفعالات والصراعات المكبوتة خلف واجهة المحتوى الظاهر للحلم فيما يعرف بالأفكار المستترة التى تعبر عن نفسها بلغة الرموز وبالحيل التى وجدت فى الأساطير والخرافات والنكت والأدب، ويرى فرويد أنه يجب أن تسأل الحالم أن يتجرد من تأثير تعبيرات الحلم الظاهرة لتحول اهتمامة عن الحلم ككل إلى الأجزاء، وما تقدمة المعانى له لو ركز على كل منها بمفرده، وهو ما يمكن المعالج من ترجمة مقومات معينة لمحتوى الحلم وهو ما يعرف بعملية التفسير. (محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨)

و ـ **الاستبصار:** قد لا تكون معرفة المريض لأول مرة عن كل من صراعاته اللاشعورية والمقاومة وانهزامية الذات أمراً فعالاً وكافياً لإحداث التغير، وإنما يجب على المعالج أن يقنع المريض تدريجياً بحقيقة المواد اللاشعورية ويتعلم كيف يتفادى كبتها ثانية، ويعيد صياغة معرفته الجديدة فى شكل سلوك مؤثر وفعال. فالاستبصار يعنى معرفتة بمحتوى اللاشعور والميكانزمات الدفاعية للأنا وأن يثمر ذلك عن سلوك فعال، وهو ليس عملية توعية عقلية بسيطة، ولكنه أيضاً عملية انفعالية تتم فى إطار من التفاعل البينشخصى تمثل العلاقة التحولية بين المريض والمعالج اللب والمحور فيها.

٢- **العلاج التحليلى لكارل يونج (١٨٧٥-١٩٦١م):** بين نظريتى فرويد ويونج بعض نقاط الالتقاء والكثير من نقاط الخلاف وخاصة فيما يتعلق بتفسيره للأمراض النفسية والأحلام، ولعل أوضح نقاط الاختلاف رفضه اعتبار الدافع الجنسى هو المحرك الأساسى للسلوك واعتبر أن الطاقة الجنسية هى أحد صور الطاقة النفسية، وقد كانت خطواته الأولى فى العلاج تعتمد على التنويم المغناطيسى، ولكنها حاد عنها عندما وجدها غير صالحة وراح يسعى إلى أساليب أكثر سعة وطرقاً يمكن الاعتماد عليها فى دراسة اللاشعور من خلال تفسير الأحلام والرسم وقد طورت الطريقة الأخيرة إلى ما يعرف بالعلاج بالفن Art therapy، وتعتمد طريقة يونج فى العلاج النفسى على استبعاد الصراع الداخلى فى النفس والوصول إلى وحدة منسجمة من المتناقضات الشعورية واللاشعورية بغرض الوصول إلى التفرد. كما ينصح بتوسيع وتنويع أساليب العلاج النفسى انطلاقاً من مبدأ أن كل حالة تأتى للعلاج تكون منفردة فى ظروفها ولذلك فقد استخدم أنشطة كالرسم وتشكيل الصلصال والغناء والتمثيل، وكذلك قراءة الكتاب المقدس. وكان يونج يعقد لمرضاه أربعة جلسات أسبوعياً فى بداية العلاج تخفض إلى جلستين أسبوعياً فى نهاية العلاج ويجلس المريض والمعالج وجهاً لوجة ويمر العلاج بثلاث مراحل أساسية وواحدة إضافية هى:ـ

أ ـ مرحلة التنفيس الانفعالى وتطهير المشاعر والعواطف: حيث تظهر أسرار المريض على السطح ويتم فيها تفريغ الطاقة وارتباط المريض بالمعالج، وتحتاج فى الغالب إلى أقصى حد من الرحمة والحنان من المعالج للمريض.

ب ـ مرحلة كشف محتوى اللاشعور: وفيها يلقى المعالج الضوء على الجانب المظلم فى الشخصية، ويقوم بتفسير أية أعراض أو سلوك مضطرب وربطة بمرحلة الطفولة، وتعليم المريض التخلى عن خيالاته غير الناضجة وغير الواقعية.

جـ ـ مرحلة الإعداد للحياة: والتغلب على التغيرات المعرفية التى حدثت نتيجة لما تعرض له المريض.

د ــ أما المرحلة الأخيرة فيحتاج إليها حوالى نصف المرضى حيث يفتح فيها المعالج طريقاً مؤدياً إلى الطبقة العميقة من اللاشعور الجمعى، مع السماح لرموز الأنماط الأولية بالظهور بوضوح وهو ما يؤدى بالشخصية إلى التفرد والثقة بالنفس.

٣ــ العلاج النفسى الفردى لأدلر (١٨٧٠-١٩٣٧): كان أدلر أكثر تفاؤلاً فى نظرته للطبيعة البشرية مقارنة بفرويد كما رفض تصور فرويد عن الدور المبالغ فيه للقوى البيولوجية الغريزية والأهمية المتزايدة للجنس فى تطور الشخصية، وأطلق على نظريته علم النفس الفردى، وهو ما يعبر عن اعتقاده بوحدة الشخصية وتكاملها وعدم تجزؤها، وأشار إلى أهمية العامل الاجتماعى أو الاهتمام الاجتماعى فهو يرى أن لدى الناس ميولاً فطرية للارتباط بالأخرين، كما يرى أن الهدف الأول الذى تندرج تحته كل أنماط السلوك هو حماية الذات والتغلب على الشعور بالنقص والسيادة على البيئة المحيطة به. ويهدف العلاج النفسى لديه إلى أنا قوية، وإعطاء المريض خبرة الاتصال بالأخرين، ويرى أنصار علم النفس الفردى أن العلاج النفسى أمراً محال إذا لم يسع المريض بنفسه إلى الطبيب، وفى البداية يحاول المعالج تنبيه الاهتمامات الاجتماعية الكامنة لدى المريض من خلال التشجيع، حيث يجلس المريض والطبيب على مقعدين من نفس الشكل والحجم والنوع، وأن يبقى المعالج مسايراً ومتكيفاً مع المريض وفى حالة ذهنية يقظة وأن يكون مداعباً للمريض ومبتسماً له، وللمريض الحرية فى أن ينهض من مقعده ويتحرك داخل الحجرة، وعادة ما تكون الجلسات بمعدل جلسة واحدة أو جلستين أسبوعياً ويستمر العلاج لأكثر من عام، ولكن فى أغلب الحالات يتضح التحسن بدءً من الشهر الثالث ويمر العلاج هنا بثلاث مراحل أيضاً هى:ــ

أ ــ فهم المعالج لمشكلات المريض وأسلوب حياته: ويستغرق ذلك ما بين يوم وأسبوعين ويتم ذلك من خلال دراسة الذكريات المبكرة وتفسير الأحلام.

ب ــ مساعدة المريض برفق وبالتدريج لأن يصبح مدركاً لأسلوب حياته وأهدافه الخفية وعقدة النقص لديه: وقد شرح أدلر دور اعتقادات المريض، وأفكاره

الخاصــة والتـى أطلـق عليهـا الأخطــاء الأساسية Basic mistakes فـى المرضــى كالتعميم (كل الناس عدائيين) أو (الحياة خطيرة)، ومن الأخطاء الأساسـية الأخـرى أن يكون لدينا أهداف خاطئة أو مسـتحيلة التحقيـق مثـلاً "يجـب علـى أن أسعد كـل شخص" ولذلك يعتبرون أدلر واضـع أسـس العـلاج المعرفـى الحديـث الـذى سيرد شرحه فى نهاية هذا الفصل.

جـ ـــ الوصـول إلى أسـلوب حيـاة جديـد يتسـم بالتعـاون ويؤمـن المريـض فيـه بغايات الحياة وأن يتحرر فيها من أفكاره الخاطئة.

ـــ هذا وقد طور أدلر أسلوب علاجى مناسب للأطفال يتضمن تدريبهم فـى مكانهم الطبيعى بالمنزل ورؤية الوالدين أثناء الجلسات، ويعد أول من وضـع أسـس العلاج الأسرى والجمعى.

٤ ـــ العلاجات التحليلية للأنا (الفرويدون الجدد):ـــ

يمثل تطور علم نفس الأنا هو أهم تعديلات التحليل النفسى الفرويـدى، ومـن رواده إريكسون وهارتمان، وكريس وغيرهم، فقد تحرك هـؤلاء العلمـاء قدمـاً مـن تاكيد فرويد الأولى على الصراعات داخل النفس إلى التعرف على تفاعلات الأفراد مع بيئاتهم. وقد وضـح هذا الاتجاه في تطور ما يعـرف بالعلاجـات التحليليـة للأنـا، وطبقاً لرأى فرويد فإن وظيفة الأنا (الجزء الشعورى فى الشخصية) هو الحفاظ علـى التوازن بين القوتين المتعارضين ألا وهى (البدائية، والغريزية)، والأنا الأعلى. حيـث يربط المحللون فى علم نفس الأنا بين ظروف الحياة وقـدرة النـاس علـى التحكـم فـى بيئتهم والتكيف معهما التى تعد من وظائف الأنـا ومـن هنـا جـاء مسـماها بالعلاجـات التحليلة للأنا ego-Analytic therapy (Wilson, G.T. et al, 1996.).

ورغم أن إريكسون يعتبر نفسه محللاً سيكولوجياً وأن معظم أهدافـه مشـابهة لأهداف فرويد إلا أن طريقته فى العلاج تختلـف لأنـه يـرى أن الطريقـة الفرويديـة غالباً ما تؤدى إلى النكوص والتحول وتحـول دون قـدرة المعـالج علـى فهـم سـلوك

المريض، ويؤكد على أهمية المقابلة وجهاً لوجه مع المريض ويفضل عدم الاستغراق فى الماضى وفى حين ينظر فرويد إلى التداعى الحر على أنه أفضل طريق للوصول إلى محتوى اللاشعور عند المريض الراشد، يعتبر إريكسون اللعب هو الطريق الملكى المعبد لكشف محتوى اللاشعور عند الطفل وأدى ذلك إلى تطور ما يعرف اليوم بالعلاج باللعب، وفى كل الحالات ينصب اهتمامه على تنمية إحساس المريض بالهوية وتنمية الأنا فى مقابل الهى والأنا الأعلى، والانسجام مع الواقع الثقافى والاجتماعى طبقاً للمرحلة العمرية التى يمر بها المريض.

٥ ـ علم نفس الذات (هينز كوت .Kouht,H): من التعديلات الهامة الأخرى للتحليل النفسى الفرويدى تطوير هينزكوت لما يُعرف باسم علم نفس الذات Self-Psychology، وطبقاً لهذا الاتجاه فإن المشكلات بين الأم والطفل التى تحدث فى سن مبكرة من الحياة تترك لدى الطفل شعوراً بانخفاض تقديره لذاته. ومن ثم ينمو الطفل محاولاً تعويض هذا الشعور بالحساسية والتأثر الشديد بالنقد الذى ينتج عن كفاح نرجسى وغير واقعى للتعبير عن الحب والقبول من الآخرين. وقد كان العلاج النفسى الذى أسس على علم نفس الذات أكثر توجيهاً من التحليل النفسى الكلاسيكى فهو يهدف إلى استرداد إحساس المريض بذاته من خلال تزويده بالقبول الاجتماعى الذى افتقده خلال طفولته.

٦ ـ العلاجات السيكودينامية المختصرة: كما لوحظ من قبل، لقد كانت المحددات الأساسية للعلاجات السيكودينامية طويلة الأمد وخاصة المتشددة للفكر الفرويدى والمؤيدة له تستغرق وقتاً وتكلفة كبيرين، ويصعب تحملها اللهم إلا على القليل جداً من المرضى، ومن هنا كان من الضرورى تطوير العلاج السيكودينامى المختصر أو المخفف brief therapy، ويطلق هذا المصطلح على العلاجات التى تستغرق حوالى ٤٠ساعة من العلاج، ومن المهم جداً حسن اختيار المريض المناسب للعلاج السيكودينامى المختصر، ويتميز المريض المناسب لذلك بأن يكون لديه وسائل مدعمة للأنا القوية، وعادة ما ينطبق ذلك على المريض الذى كانت المشكلة السلوكية لديه ذات بداية عصيبة، وكان توافقه النفسى جيداً، ولديه قدرة

جيدة على أن ينسب أو يعزو مشكلته لأسباب منطقية، ولديه مستوى مرتفع من الدافعية الأولية للعلاج. فى حين أن المريض المتمرد act out (الذى يعانى من مشكلات مثل صعوبة ضبط الاندفاع أو مشكلات تتعلق بتعاطى الخمر او المخدرات)، والأقل نضجاً وتحملاً للمسئولية أو لديه دافع ضعيف للعلاج والشفاء عادة ما يكون غير مناسب للعلاج السيكودينامى المختصر.

أما أهداف العلاج المختصر فإنها تميل لأن تكون متواضعة مقارنة بالعلاج السيكودينامى طويل المدى، فبدلاً من إحداث تغييرات جوهرية فى الشخصية يكون الهدف هو حل الصراعات المحورية التى تمثل لب المشكلة، ومن الفروق الهامة الأخرى بينهما أن المعالج فى العلاج المختصر يكون أكثر فعالية وتوجيهاً active & directive وعلى العكس من المعالج الأكثر سلبية والأكثر جدلاً فى العلاجات المطولة يحاول المعالج فى العلاجات المختصرة بتعجيل انخراط وتعاون المريض فى العملية العلاجية وما يعقبها من مهام. وعادة ما يفسر المعالج ما يقوله المريض أو يفعله، وتدعم الأنواع المتباينة من العلاجات المختصرة أنماط من التفسيرات ولكنها جميعاً تركز على التفسير النشط للصراعات الأساسية والمحورية التى تقف خلف مشكلة المريض (Wilson, G.T. et al, 1996)

المدرسة السيكودينامية فى الميزان:- بقيت النظرية السيكودينامية والعلاجات التى بُنيت عليها تؤثر فى الصحة النفسية والمتخصصين فيها لفترة غير قصيرة من الزمان، أضف لذلك أنها قد وجدت أرضاً خصبة فى مجتمع المفكرين والفنانين والكتاب، وهناك مبررات وأسباب عديدة جعلت التحليل النفسى يلقى تأييداً شعبياً كبيراً منها اتساعها حيث تشمل كل من السلوك السوى وغير السوى، كما أن تفسيرها للدوافع الكامنة خلف السلوك الإنسانى أكثر كثافة من نظريات أخرى، وقد تبدو أنها تقدم تفسيرات شاملة لاضطرابات معينة كالهستريا واضطرابات الصورة الجسمية. ورغم ذلك لم تسلم هذه النظرية من النقد، ومن هذه الانتقادات وجود بعض المفاهيم المربكة والشاذة والمفاهيم الخيالية التى بنيت على أساطير يونانية ورومانية قديمة، فالقليل من الاكلينيكين اليوم على سبيل المثال يوافقون على أن

سبب الخوف من الأماكن العامة (فوبيا الخلاء) يرجع إلى قلق المرضى من ترك بيوتهم نظراً لوجود رغبة لاشعورية فى أن يكون شخص عاهر أو منحرف جنسياً. وبالمثل فإن القليل منهم يقبلون الراى القائل بأن الشره العصبى بمثابة شكل رمزى للاستمناء الفمى!! Oral Masturbation، كما أن العديد من المعالجين اليوم قادرين على رفض وجهات نظر مثل هذه وبدلاً من ذلك يشيرون إلى إسهامات أخرى فى النظرية السيكودينامية مثل تأكيدها على خبرات الطفولة والتعلم الأولى، وكيف يتأثر اختيارنا الوظيفى بالعمليات اللاشعورية، وكيف تتداخل الصراعات الشخصية مع العلاقات البينشخصية.

ومن الانتقادات الأخرى الموجه للسيكودينامية تلك التىتتعلق بالصدق العلمى للنظرية فقد كان فرويد يرفض اختبار فعالية علاجه فى بحث تجريبى مضبوط واعتبر أن نجاح العلاج مع أى مريض يدعم نظريته وقيمتها العلاجية (حتى لو شفى المريض شفاءاً تلقائياً) لكن رأيه غير مقبول من المتخصصين الحاليين، فقد وجدت مشكلات عديدة فى رسم استنتاجات من الدراسات الاكلينيكية للحالات طبقاً لتقريرات فرويد عنها، فالحكم على فعالية العلاج يجب أن تعتمد على تقييمات تجريبية لباحثين مستقلين عن نتائج أو عائد العلاج.

العلاج النفسى البينشخصى

يُنسب لسوليفان (١٨٩٢-١٩٤٩) التأكيد على الطبيعة البينشخصية للاضطرابات النفسية واستخدام مصطلح التشوية الإردافى Parataxic distortions لوصف أثار العلاقات البينشخصية المضطربة فى الطفولة على سوء إدراك الفرد فى الرشد للواقع (يقصد بكلمة اردافى عند سوليفان صفة لنمو المهارات والاتجاهات والأفكار من غير أن تجلب كلها فى علاقة بجوانب شخصية المرء الأخرى: كمال دسوقى ١٩٩٠). وعلى الرغم من أن سوليفان قد ركز على الطبيعة البينشخصية فى خبرات الطفولة المبكرة إلا أن مفهومة عن التشويه الاردافى يتسق مع المفاهيم الفرويدية الأساسية، وأن خبرات الطفولة تؤثر لاشعورياً فى التوافق، فهو يرى أن التعليق الأمومى الزائد والعقاب غير المناسب، والافتقار إلى العطف

والحنان الكافى فى الطفولة، والفشل فى الحصول على جماعة الرفاق المناسبة فى الصبا أو الصداقة قبل المراهقة كلها عوامل تعكس اضطراب العلاقات البينشخصية فى الطفولة وتؤدى إلى تدنى واضح فى تقدير الذات، وخلق نظام ذات مشوه ومتصلب جداً وهو ما يحول دون قدرة المريض على تشكيل وأداء ناضج للسلوك فى التفاعلات البينشخصية، وهو يرى أن العلاج فى البداية والنهاية هو عملية تعليميه هدفها إكساب المريض الاستبصار بالمؤثرات اللاشعورية للسلوك الراهن، واعادة التكامل بين الجوانب غير المترابطة فى الشخصية، ونظراً لكونه يركز على العلاجات البينشخصية فقد كانت طريقته تختلف عن طريقة فرويد، ولذلك رأى أن المعالج شريك وملاحظ معاً ولذلك كان أول من قدم مفهوم الملاحظ المشارك participant observer، وأن على المعالج أن يلعب درواً هاماً فى توجيه المريض، ويقصد سوليفان بالملاحظ المشارك أن سلوك المريض أثناء الجلسات العلاجية هو ليس نتاج لخبرات المريض وشخصيته فحسب، ولكن أيضاً نتيجة التأثيرات الذكية من المعالج، وقد كانت لوجهة نظره عن تأثيرات المعالج كشريك فى العملية العلاجية تضمينات وأبعاد علاجية هامة، وفى حين يبقى المعالج التحليلى غير موجة وغير فعال، يرى سوليفان أن دور المعالج يرتكز على توجيه وتعليم المريض وأن يركز على الأحداث هنا والآن. وكنتيجة لذلك يتجنب أنصار سوليفان استخدام سريراً أو مضجعاً ويجلسون على مقعد بجوار المريض موضوع بزاوية ٩٠درجة، وهو ما يمكنهم من اكتشاف التغيرات المفاجئة على المريض دون تعب من تعبيرات وجهه، ويرفضون تحديد مدة للجلسات أو عدد محدد لها ويتركون ذلك لظروف العلاج. وإذا كان سوليفان قد نجح بفاعليه فى استخدام العلاج البينشخصى مع مرضى الفصام والاكتئاب، غير أن ما شابه من عيوب مثل طول مدة العلاج والتكلفة الباهظة دفع البعض إلى تطويره قبل نهاية القرن العشرين.

ونظر لما حققه العلاج البينشخصى من تدعيم لدور المؤثرات البينشخصية من خلال العديد من الاشكال الراهنة فى العلاج النفسى كالعلاج السلوكى والعلاج متعدد الوسائط الذى تتضح قيمته وطبيعته من خلال العلاج النفسى البينشخصى محدود المدة الذى طور بواسطة كليرمان وأخرون Kalerman et al 1984 وهو

ما سوف نتعرض له باختصار نظراً لإسهامه فى علاج الاكتئاب والشره العصبى.

أهدافه واستراتيجياته:ـــ يمر العلاج النفسى البينشخصى بثلاث أطوار أو مراحل متمايزة هى:ـ

١ـ المرحلة الأولى (المبدئية): حيث يستكشف المعالج العلاقة بين مشكلة المريض والعمليات البينشخصية، ويتفحص علاقاته الراهنة والماضية، ويعملا معاً للتعرف على توقعات المريض إزاء علاقاته البينشخصية والتغيرات المرغوبة.

٢ـ المرحلة المتوسطة (الثانية): وفيها يركز المعالج على مجالات مختلفة للمشكلات تشمل :

أ ــ النزاعات البينشخصية: فالهدف من التركيز على هذا المجال هو التعرف على صراعات المريض مع الأشخاص الآخرين وخاصة ذوى الأهمية فى حياته، وحلها بتغيير التوقعات أو تغيير أنماط وأشكال الاتصال الخاطئة، كما يساعده المعالج فى التعرف على المشاعر المتصارعة والتوقف عن الانخراط فى المواقف التى تثيرها، وأن يعبر عن نفسه بتلقائية أكبر، وإيجاد طرق بديلة لحل النزاعات وتحليل نتائجها المحتملة أيضاً.

ب ـ تحولات وتبدلات الدور: وتمثل المجال الثانى للمشكلات، وعادة ما يكون هدف المعالج هنا هو مساعدة المريض على قبول التغير الطارئ كالفقد فى الأدوار السابقة وتنمية إحساسه بتقدير الذات باكتساب احساس بالمنافسة فى دور جديد، ويتم انجاز هذه الاهداف من خلال وسائل عديدة مثل استكشاف مشاعر المريض حول تغيرات الدور، وبتقوية وتشجيع التوقعات الواقعية عما فُقد مقابل الفرص الجديدة المتاحة الآن، وبتشجيع الجهود لزيادة الدعم أو المساندة الاجتماعية لمواجهة الدور الجديد.

جـ ــ المهارات البينشخصية:ــــ وللتعامل مع هذه المشكلة تشتمل الاهداف على: التعرف على مقدار الفقد أو القصور فى المهارات الاجتماعية، حيث يستكشف المعالج الجوانب الايجابية والسلبية فى علاقات المريض السابقة وأن يحلل العلاقة الراهنه بينه وبين المريض ليلقى الضوء على العلاقات الأخرى للمريض.

٣- المرحلة الثالثة والأخيرة:ــ حيث يناقش المعالج مع المريض إنهاء العلاج ومشاعر المريض بالضياع، كما يعطى المعالج اهتماماً بالأدلة على ما تحقق لدى المريض من تحسن ومؤشرات الأداء الاستقلالى، والهدف فى النهاية هو ترك المريض ولديه درجة من الإحساس بالمهارة الذاتية والسيطرة على الذات، وتمكينه من مواجهة مشكلات حياته بصورة أفضل، كما يتم استعراض الصعوبات المستقبلية المتوقعة والطرق المحتملة لمواجهتها.

العلاج النفسى البينشخصى فى الميزان: على الرغم من أن العلاج النفسى البينشخصى يتفق كثيراً مع العلاج السيكودينامى إلا أن هناك فروقاً هامة بينهما. وعلى سبيل المثال ففى العلاج النفسى البينشخصى يتعرف المعالج على الصراعات داخل النفس التى يركز عليها العلاج السيكودينامى ولكنه لا يفسر المشكلات الراهنة للمريض كتعبير عن هذه الصراعات، وبدلاً من ذلك يحاول المعالج استكشاف سلوك المريض وارتباطه بعلاقاته البينشخصية، وعلى خلاف مع العلاج السيكودينامى الذى يركز على علاقات التحول، فإن العلاج النفسى البينشخصى لا يجعل من العلاقة العلاجية المحور الأساسى للعلاج، وينظر المعالجون التحليليون إلى العلاج النفسى البينشخصى كأحد صور العلاج التدعيمى، فمن يفشل فى التعرف على الأسباب الكامنة للاضطرابات الانفعالية يضطر للتركيز مبدئياً على المشكلات الراهنة للمريض. ويشترك العلاج النفسى البينشخصى مع العلاج السلوكى والعلاجات المختصرة فى التحديد الجيد للمشكلة والوقت المحدد للعلاج وتنقسم إجراءات هذا العلاج إلى أمرين هما: الإجراءات العلاجية وعمل تقييم للفعالية المحتملة وقد أوضحت الدراسات المنضبطة أنه صورة فعالة من العلاج خاصة مع الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب وحيد القطب (Wilson, G.T et al, 1996)

العلاجات الإنسانية والوجودية: تتفق طرق العلاج الإنسانى والوجودى مع التحليل النفسى فى افتراض جوهرى مؤداه أنه يجب على الفرد تنمية استبصاره بحاجاته وصراعاته الكامنه، ورغم ذلك تختلف العلاجات الإنسانية عن العلاج التحليلى بشكل واضح، وفيما يلى أهم الاختلافات بينهما:-

١- يفترض العلاج بالتحليل النفسى أن الشخصية محددة بخبرات وتجارب

الطفولة المبكرة، أما المعالجون الإنسانيون فيعتقدون أن الناس أحرار فى تشكيل مستقبلهم.

٢- المعالجون فى المدرسة السيكوديناميه يتصرفون كخبراء، يقدمون تفسيرات مصممة لمنح المريض استبصاراً يربط من خلاله صراعاته الماضية بمشاعره وتصرفاته الراهنة. فى حين أن العلاج المتمركز حول الشخص لروجرز يحاول تشجيع العلاقات العلاجية القائمة على الإنصات بدلاً من التفسير، كما أنهم يهتمون بالخبرات الراهنة للمريض دون محاولة توصيلهم بصدمات الطفولة.

٣ـ يحاول التحليل النفسى تقوية وتعجيل العلاقة التحولية، فى حين لا يفعل العلاج المتمركز حول الشخص ذلك، كما يرفض العلاج المتمركز حول الشخص الفنيات العلاجية التى تجعل من المعالج مصدر للضبط والتحكم فى المريض، وعلى سبيل المثال يرفض مثل هؤلاء المعالجون فرض أهداف علاجية محددة، وتُرفض هذه الفنيات اعتقاداً بأنها ستتدخل مع خبرة المريض عند ذاته وتحول دون تطوير إمكاناته الداخلية، هذا ويمثل العلاج المتمركز حول الشخص لروجرز والعلاج الجشطلى لبيرلز أمثلة واضحة لذلك :ـ

العلاج المتمركز حول الشخص لكارل روجرز (١٩٠٢-١٩٨٧): يرتكز العلاج المتمركز حول الشخص على افتراض مؤداه أن الناس جيدين (طيبين وغير شريرين) بالفطرة. ويعد هذا الاتجاه رد فعل عكسى لتأكيد فرويد على الطبيعة الشريرة لبنى البشر وتفسيره لكافة سلوك البشر من خلال دافعى الجنس والعدوان. كما يعارض المدرسة السلوكية بنظرتها للإنسان كآله ولذلك أطلق عليه القوة الثالثة فى علم النفس، وترتبط نظرية روجرز بالاتجاه الوجودى فى علم النفس لأنها تعتمد على الجوانب الظاهراتية حيث يركز على خبرات الأفراد ومشاعرهم وقيمهم، وهو يعتقد أن السلوك الإنسانى موجه لهدف ومحدد بغرض أو بعبارة أخرى أن الناس مدفوعين للتأثير فى البيئة وتحقيق إنجازات شخصية لهم. وأطلق على الميل لتحقيق النمو الشخصى مفهوم تحقيق الذات، وقدم وصفاً جيداً للأشخاص المحققين لذاتهم (راجع محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨: ص ٤١٦).

ويؤمن روجرز أنه بإمكاننا أن نتعرف ونختار إتجاهتنا الصحيحة فى الحياة،

وتمشياً مع إعتقاده هذا فقد قام بتسمية مدخله العلاجي في البداية بالعلاج المتمركز حول العميل، ولكن نظراً لتوسيعه لأفكاره لتشمل الجوانب غير الاكلينيكية للمريض مثل الوالدية والتربية والعلاقات الشخصية والعرقية فقد تحول اتجاهه أخيراً ليطلق عليه مسمى أكثر أتساعاً وهو العلاج المتمركز حول الشخص، والعلاج النفسي عند روجرز عملية ديناميية لا يمكن وصفها في كلمات أو في قوائم من الخطط، ويختلف عن طرق العلاج السابقة لاستبعادة للإجراءات الشكلية مثل طريقة جلوس المريض وموضع المعالج وغيرها ولكنه يهتم باكساب المريض الشجاعة الكافيه لمواجهة ما يخافة، وما يساعده على تحقيق ذاته وذلك من خلال إنشاء علاقة بناءة مع المسترشد، ولكي يتحقق ذلك يجب أن يدرك المسترشد وجود ثلاث خصائص يعتبرها روجرز أساسية في أي علاقة إنسانية ناجحة وهي:-

أ- **الأصالة:** أي الخلو من الرياء والتكلف، وأن يكون للمرشد علاقة بالخبرة الداخلية الخاصة للمسترشد وقادر على أن يشارك فيها وأن يشعر به المسترشد، وتذهب الأصالة إلى ما هو أبعد من الفهم العقلي للمشكلة لأنها شعوراً بما يخبره الأخرون على المستوى العاطفي، ولكي يتمييز المعالج بالأصالة يجب عليه أولاً أن يثق في خبراته وعلاقاته بمرضاة وبهذا الأسلوب سوف يسمح للمرضى أن يثقوا فيه ويتعلموا من العلاج أنه يمكنهم المخاطرة بالمشاركة في المشاعر العميقة لشخص أخر.

ب ـ **التعاطف:** يجب أن يُظهر المعالج حداً من التعاطف والتقمص العاطفي وأن يفهم العالم الظواهري للمريض أي الطريقة التي يدرك بها الشخص وينفعل عاطفياً مع الخبرة، وأن يظل منتبهاً للتعبيرات اللفظية وغير اللفظة الصادرة عن المسترشد بما في ذلك نغمة الصوت وحركات الجسم وأن يذهب إلى أبعد من فهم كلمات المرضى حيث يجب أن يغمروا أنفسهم في عالم المريض وخبراته ويواصلوا فهمهم على المستوى الانفعالي، وهنا يبدأ المسترشد في الشعور بالأمان ويصبح حراً في التعبير عما يوجد في الأركان الخفية والزوايا المظلمة من خبراته الداخلية الدفينة.

جـ ـ **الاعتبار الايجابي غير المشروط:** يجب أن يظهر المعالجون اعتباراً أو تقديراً إيجابياً غير مشروطاً إزاء المريض، ومثل هذا التقبل الحنون سوف يمكن

المريض من استكشاف مشاعره وقيمة التى كانت مهدده بالظهور فى الوعى، وتعطى الآمان للمعرفة التى لن تثير النقد أو أى شكل من أشكال التحكم والسيطرة، فالمعالج فى حاجة إلى التواصل مع مشاعر المريض بالثقة مما يحقق لدية درجة أفضل من تفهم الذات.

ورغم ذلك لا يعد تحقيق الشروط الثلاثة أمراً سهل المنال ولا يتوقع قيام المعالج بكل ذلك على طول الخط، ولكن المتابعة المستمرة لهذه الصفات الثلاثة بدرجة يدركها المريض يعد أمراً ضرورياً وكافياً لإحداث تقدم واضح فى العملية العلاجية. وبدراسة العديد من المقابلات الإرشادية أمكن لباترسون (١٩٨٦) تمييز سبع مراحل للإرشاد ينوء المكان هنا عن عرضها (راجع محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨).

العلاج المتمركز حول الشخص فى الميزان: يُعد تحسن فهمنا للدور الذى يقوم به المعالج فى تقديم العون والمساعدة داخل العملية العلاجية من أهم إسهامات العلاج المتمركز حول الشخص. كما لعب روجرز دوراً أساسياً فى فتح العلاج النفسى على نافذة البحث التجريبى فى الخمسينات من القرن العشرين، واستخدموا أجهزة الكاسيت فى جلسات العلاج وهو ما سمح للباحثين باستطلاع ودراسة محتوى الجلسات وتدريجياً اختبار ما طرأ على العلاقة بين المريض والمعالج من تغير. ومع ذلك فقد فشلت النتائج المتجمعة من هذه الدراسات فى تدعيم وجهة نظر روجرز عن أهمية الصفات الثلاثة المذكورة (الأصالة، التعاطف، الاعتبار الايجابى غير المشروط)، والحقيقة أن هذه الصفات يمكن أن تعزز الجهود المبذولة فى أى علاقة مساعدة، كما أن المعالج المتصف بهذه الخصائص عادة ما يكون مرغوباً ويحقق تحسناً أفضل لدى المرضى، ولكن ليس من الضرورى أن يكون لديهم هذه الصفات حتى يحققوا تغيرات فعالة. فالصفات التى قدمها روجرز للمعالج لن تكون كافية بذاتها فى العلاج الفعال للاضطرابات ذات الدلالة الاكلينيكية أو بعبارة أخرى أنها شروط ضرورية ولكنها غير كافية.

العلاج الجشطلتى لبيرلز (١٨٩٣-١٩٧٠): يعد فريدرك بيرلز مؤسس العلاج الجشطلى وهو يهودى ألمانى حصل على درجة البكالريوس فى الطب من جامعة فريدرك ويلهلم وتدرب فى معاهد فينا وبرلين للتحليل النفسى، وفى عام

١٩٣٤ انتقل إلى جنوب أفريقيا، وهناك قابل سماتس Smuts الذى كان أول من استخدم مصطلح الكلية Holism، وفى عام ١٩٤٦ هاجر إلى أمريكا وتقابل هناك مع جودمان وأسسا معاً معهد نيويورك للعلاج الجشطلى.

والعلاج الجشطلى كالعلاج المتمركز حول الشخص يعتقد المتخصصون فيه أن الطبيعة الإنسانية إيجابية وخيرة، وأن باستطاعة البشر عمل اختيارات ذات معنى وأهمية فى حياتهم وأن يحسنوا من مستوى معيشتهم، ولكنهما يختلفان فيما يستخدمانه من مصطلحات وفنيات علاجية. كما أن المعالجين الجلشطلت يولون اهتماماً كبيراً بفنيات العلاج مقارنة بالعلاج المتمركز حول الشخص. ويعتقد المعالجون الجشلطت أن المشكلات النفسية تتطور لدى فرد ما لأى سبب كأن تعجز الجهود الفطرية الموجبة لديه عن التطور أو يعجز الفرد عن التعبير بحرية أو بمعنى أخر عندما يُمنع شخص ما أن يكون أو يفعل كل ما يستطيعه، وللعلاج الجشطلتى أربعة أهداف أساسية هى :ـ

أ ـ **النضج:** أى تسهيل تحرك المسترشد من الاعتماد على البيئة إلى الاعتماد على الذات والتحول نحو النمو والنضج والتحرك نحو تحقيق الذات.

ب ـ **التكامل:** أى إعادة توحيد وإدماج الأجزاء المنفصلة أو المبعدة للشخص.

جـ ـ **الوعى:** أى الأداء طبقاً للقاعدة الصحيحة للجشطلت، فالموقف غير المنتهى الذى يحظى بالأهمية الأكبر سوف يظهر دائماً.

د ـ **المسئولية:** أى مساعدة المسترشدين على تحمل المسئولية عن تصرفاتهم وقراراتهم واستجاباتهم.

وهذه الأهداف الأربعة تتداخل وتتشابك ويصبح إحراز التقدم فى أى منها يؤثر إيجابياً فى تحقيق باقى الأهداف (محمد محروس الشناوى: ١٩٩٤)

فنيات العلاج الجشطلتى: يستخدم المعالجون الجشطلت أى فنية يمكن أن تحقق تنمية أو زيادة الوعى وتزيد من أصالة العلاقة بين المعالج والمريض وأن تبقى المريض مرتبطاً بهنا والآن، فالآن هو نقطة الصفر بين الماضى والمستقبل،

ولا يوجد أى منهما وإنما الموجود فقط هو الأن أو الحاضر، والشخص العصابى ليس لدية مشكلة فى الماضى وإنما لديه مشكلة الأن. والتى قد تكون مشكلة من الماضى، فالماضى يؤثر فى السلوك فقط على النحو الذى نراه فى الحاضر. وغالباً ما يسأل المعالج أسئلة من قبيل ماذا تفعل الآن، ما الذى تشعر به الأن، وعندما يقرر المسترشد وجود انزعاجاً أو قلقاً مؤلماً فانه يشجع على معايشتها أو الشعور بها لأقصى درجة أى يعيش مشكلته الإرشادية ومن ثم التغلب عليها، كما يعلم معالجوا الجشطلت مرضاهم الاتصال المباشر مع الناس بدلاً من العيش قريباً منهم. كما يشجعون فيهم الصدق والأصالة والمسئولية الشخصية عن مشاعرهم. كما يستخدموا ضمير المتحدث أنا " I " ويشجعوا مرضاهم على عمل نفس الشئ. ومن الفنيات الأساسية للعلاج الجشطلتى ما يلى:ـ

أ ـ استخدم الدراما والتخيل: تأثراً بالسيكودراما كطريقة لعلاج المرضى، واستخدموا فى ذلك فنيات عديدة لتسهيل لعب الدور كأسلوب المكوك، وأسلوب المقعد الخالى، ولنفرض أن مريضاً يتحاور مع صراعاته الانفعالية غير المحلولة حول والده الذى مات، فبدلاً من أن يتحدث عن مشاعره عن والده يطلب منه أن يتخيل أن والده يجلس على المقعد الفارغ الموضوع أمامه وأن يتحدث مباشرة عن الأب، وربما يحدث تدوير للأدوار كأن يجلس على الكرسى الفارغ ويتحدث كما لو كان هو الأب، ويهدف هذا الأسلوب إلى غلق الأعمال والعواطف غير المنتهية.

ب ـ العمل مع الاحلام: يرى بيرلز الأحلام على أنها الطريق الملكى للتكامل والاندماج الشخصى، ولذلك يحاول المعالج الجشطلتى أن يجعل المريض يعيش الحلم من جديد فى الحاضر أو التعبير عنه وتمثيله بهدف التوحد مع الأجزاء المُبعدة من الذات.

جـ ـ الواجبات المنزلية: كمراجعة الجلسات الإرشادية وتخيل أنفسهم بداخلها مرة اخرى.

د ـ الإدماج أو التكامل: فالعلاج الجشطلتى يهدف إلى إدماج وتكامل الشخصية لا تحليلها، ويتم ذلك من خلال جعل المريض يتعامل مع أجزاء تتصل بشخصه ككل (الجسم – الانفعالات – التفكير – الكلام – ومع البيئة الطبيعية والاجتماعية).

العلاج الجشطلتى فى الميزان: رفض المعالجون الجشطلت مناهج البحث التى تقوم على التقدير الكمى مدعيين أن هذه الأبحاث قد فشلت فى تحديد التغيرات داخل الفرد. وقد جادل بيرلز كما فعل فرويد من قبل حول اعتقادهم بأن نتائج العلاج لا تحتاج إلى برهان تجريبى، وعلق بيرلز ورفاقه على ذلك بقولة "نحن لا نأتى بشئ لا تستطيع التحقق منه بنفسك عن طريق تصرفاتك"، ويرى البعض أن أى بحث فى العلاج الجشطلتى هو عملية بحثية وقد قام جرينبرج Greenberg, 1986 على سبيل المثال بدراسة عملية علاجية تتضمن فنية المقعد الخالى، حيث وجد أن المرضى الذين حققوا درجة أكبر من العمق فى تعاملهم مع خبرتهم أثناء الجلسة كانوا أكثر نجاحاً فى حل صراعاتهم، فمن خلال معايشة الخبره يستطيع المعالج جعل المريض يستكشف ذاته، وبذلك يستطيع التعبير لفظياً عن مشاعره، كما وجد جرينبرج أن فنية الكرسى الخالى أكثر فعالية فى اختزال الصراعات النفسية من انعكاس التعاطف الذى يعد الفنية الأولية فى العلاج المتمركز حول الشخص لروجرز.

وبصرف النظر عن المآخذ النظرية والتجريبية فقد أصبح العلاج الجشطلتى مدخلاً رائداً للعلاج النفسى لما يتميز به من تنوع فنياته حتى أن بعض المعالجين الانتقائيين يستخدمون فنية الكرسى الخالى من خلال إطارهم المفاهيمى، كما وجد أن تطبيق العلاج الجشطلتى يسهم فى تعديل المكونات المعرفية للسلوك (Wilson, G.T. et al 1996)

العلاج السلوكى: أسلوب من الأساليب الحديثة نسبياً يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم فى تعديل السلوك، إلا أن البداية الفعلية لهذا العلاج ترجع إلى جهود عدد من العلماء فى ثلاث أقطار مختلفة، ففى جنوب أفريقيا نشر جوزيف ولبه ١٩٥٨ كتابة الشهير العلاج بالكف بالنقيض الذى عرض فيه طرق تطويره واختباره للعديد من طرق العلاج التى بُنيت على أبحاث تجريبية قامت على أسس نظرية بافلوف وهّل فى التعلم وتدور حول خفض الخوف عند حيوانات التجارب، فذكر أنه يمكن تحييد الخوف او القلق إذا استطعنا إيجاد استجابة مضادة للقلق، وهز عَالم العلاج النفسى بادعائه أن ٩٠٪ من مرضاه قد تم شفاءهم

أو تحسنوا تحسناً ملحوظاً، وهذا المعدل غير المسبوق من النجاح لم يتحقق بعد سنوات كما يتطلب ذلك فى التحليل النفسى أو حتى شهور ولكنه بعد أسابيع من العلاج. وفى نفس الوقت تقريباً كان هناك فى أنجلتر هانز أيزنك فى معهد الطب النفسى فى جامعة لندن الذى عرف العلاج السلوكى بأنه تطبيق أسس التعلم وإجراءاته فى علاج الاضطرابات الانفعالية. وطبقاً لرأية فإن العلاج السلوكى علم تطبيقى محدد الملامح يمكن أن نختبر ما يتمتع به من الصواب والخطأ. كما أسس ايزنك وراشمان (١٩٦٣) أول مجلة علمية متخصصة لتطورات العلاج السلوكى تحت اسم بحوث وعلاج السلوك، وإذا كان كل من ولبه وأيزنك قد بنيا أساليبهما العلاجية على الإشراط الكلاسيكى لبالفوف كان فى امريكا رجل له رأى أخر، كان يؤمن بأن الأحداث التى تسبق السلوك ليست هى المحدد الوحيد لاحتمالية حدوث هذا السلوك، ولكن الاحداث التى تتبع السلوك هى المحدد الأساسى لاحتمالية تكرار هذا السلوك، إنه سكنر عالم النفس الذى وضع أسس الإشراط الإجرائى (الفعال) وذاع صيته فى كل أرجاء الأرض. وفى الستينات من القرن العشرين بدأ المعالجون السلوكيون يوسعون ويطورون من نظرياتهم وطرقهم العلاجية، فبالإضافة إلى الاستفادة من الإشراط الكلاسيكى والإجرائى تحول الاخصائيون إلى تطورات راهنة فى مجال علم النفس المعرفى والاجتماعى وعلم نفس النمو. وبحثوا عن طرق مختلفة للصياغة النظرية لما توصلوا اليه نتيجة جهودهم العلمية واستراتيجياتهم العلاجية غير التقليدية، ومن هؤلاء ألبرت بندورا الذى صاغ عام ١٩٦٩ نظريته فى التعلم الاجتماعى ونشرها فى كتابه أسس تعديل السلوك الذى ركز فيه على دور النمذجة والتعزيز الذاتى والبديلى والعمليات الرمزية، وميكانزمات تنظيم الذات فى التعلم الاجتماعى (لمزيد من المعلومات راجع: محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨)

• أما اليوم فإن العلاج السلوكى يعتمد على مدى واسع وعريض من الطرق والفنيات العلاجية وعلى الرغم من اختلاف المنطق النظرى لها يمكن تقسيمها إلى ثلاث اتجاهات:ـ

ـ **تطبيقات تحليل السلوك:** ويهتم بدرجة واضحة بتحليل السلوك الملحوظ.

ـ **نموذج المثير/الاستجابة:** وتهتم بالربط بين المثير والاستجابة الناشئة عنه.

ـ **نظرية التعلم الاجتماعى:** وتهتم أكثر بالعمليات المعرفية الكامنة وراء السلوك.

وتختلف هذه الاتجاهات فى استخدماتها للمفاهيم المعرفية وتطبيقاتها، فإذا وضعنا الاتجاهات الثلاثة على خط متصل كان اتجاه تحليل السلوك التطبيقى الذى يركز بشكل مكثف على السلوك الملحوظ ويرفض كل العمليات المعرفية الوسيطة فى جانب، وعلى الجانب الآخر توجد نظرية التعلم الاجتماعى باهتمامها المكثف بالعمليات المعرفية الكامنة وراء السلوك. بينما يقع نموذج المثير/الاستجابة بينهما.

١ـ **تطبيقات تحليل السلوك:** طبق المعالجون فنيات الإشراط الإجرائى على مدى واسع من المشكلات وعلى مجموعات عمرية متباينة فى مجالات علم النفس الاكلينكى والاجتماعى، والتربوى والتأهيل المهنى وحتى فى المجال الطبى، وقد وجد أن هذا المدخل أكثر فاعلية فى تغيير سلوكيات المرضى بأمراض عقلية مزمنة فى المصحات والمؤسسات العلاجية، ومع الأطفال الصغار والمتخلفين عقلياً.

٢ـ **مدخل المثير/الاستجابة:** بنى هذا المجال على إسهامات كل من ولبه وأيزنك اللذين حاولا علاج المشكلات الاكلينيكية بتطبيق أسس نظريات التعليم بالمثير والاستجابة لبالفوف والمنظرين الرواد فى هذا المجال من أمثلة هل، وموررر، وميلر. وعلى العكس من مدخل تحليل السلوك والإشراط الإجرائى التى تركز أكثر على السلوك الملحوظ فإن مدخل المثير/الاستجابة يركز على المتغيرات الوسيطة أو غير الملحوظة فى تفسير وتعديل السلوك البشرى.

ويقصد بالمتغير الوسيط Mediational Variable بانه المتغير الذى يتوسط العلاقة بين المثير والاستجابة الملحوظين، فالقلق مثلاً يعد متغيراً وسيطاً لا يمكن قياسه مباشرة ولكن يستدل به على شرح أو تفسير ما يحدثه المثير الخارجى فى الاستجابة الملحوظة، وعلى سبيل المثال، ففى حالات فوبيا الأماكن المرتفعة الذين يخافون صعود الأماكن العالية والقمم لا يكون ذلك بسبب المثير الظاهر (المكان العالى) ولكن بسبب القلق الذى يعد وسيطاً أو عاملاً دخيلا فى هذه العلاقة. ومن الفنيات العلاجية المرتبطة بهذا النموذج التحصين التدريجى الذى يهدف إلى إطفاء أو إخماد القلق ومن ثم الحد من الخوف المرضى. وتعد أسس وقواعد كل من الاشراط الكلاسيكى والإجرائى هى الدعائم التى يقوم عليها هذا المدخل.

٣ـ نظرية التعلم الاجتماعى: يعتمد مدخل التعلم الاجتماعى فى العلاج النفسى على نظرية بندورا التى ترى أن السلوك يبنى على ثلاث أنظمة مستقلة ولكنها متفاعلة هى:

أ ـ الأحداث الخارجية المثيرة.

ب ـ التدعيم أو التعزيز الخارجي.

جـ ـ العمليات المعرفية الوسيطة.

وطبقاً لرأى أنصار التعلم الاجتماعى فإن تأثير الأحداث البيئية الخارجية فى السلوك يتحدد أساساً بواسطة العمليات المعرفية (بما تشمله من معتقدات، أفكار، تفضيلات، توقعات، إدراكات ذاتيه)، والتى بناءً على تفسيرها يميل الناس إلى إدراك وتفسير هذه الأحداث. وتعد النمذجة واحدة من أكثر الطرق المعروفة واسعة الاستخدام فى نظرية التعلم الاجتماعى، وفى هذا الاسلوب يتم تعليم السلوك أو تعديله من خلال الملاحظة المنظمة لشخص أخر يقوم به، ويعد الخوف المرضى من أكثر الاضطرابات التىقد تكتسب عن طريق الملاحظة وكذلك السلوك القهرى، ومن الأسس الهامة فى عملية النمذجة أن التعلم يحدث حتى لو لم يمارس الملاحظ أى استجابة أو يتلقى أى تعزيز.

وتلعب التوقعات دوراً هاماً فى نظرية التعلم الاجتماعى، فافتراضنا وتوقعاتنا عما يحدث بالفعل أو حول ما سوف يحدث لنا تؤثر لا شك فى سلوكنا أكثر من أى واقع موضوعى يرتبط بالسلوك. والمشكلات المرضية عادة ما تنشأ من وجود تناقض واضح بين توقعاتنا والواقع الفعلى، وتميز نظرية التعلم الاجتماعى بين الفعالية المتوقعة والعائد المتوقع. فتوقعات الفعالية تشير إلى شعورنا بالثقة فى القدرة على مواجهة مواقف معينة، أما العائد المتوقع فيشير إلى اعتقادنا بأن تصرفتنا سوف تثمر عائداً ما. وتمثل فعالية الذات أحد مفاهيم الهامة فى نظرية التعلم الاجتماعى (راجع: محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨). ومن المفاهيم المعرفية الأخرى التى تحتل مكاناً بارزاً فى نظرية التعلم الاجتماعى وما لها من تطبيقات علاجية ما يعرف باسم نظرية العزو attribution theory والتى

تعنى ببساطة إلى أى اتجاه نعزو الأسباب: هـل نعزوهـا إلـى اتجاهاتنـا وتصرفاتنـا (عزو داخلى) أو نعزوها إلى الناس والحظ (عزو خارجى) وفى ضوء ذلك تكون قدرة الناس على توجيه سلوكهم أثناء تغييره بالعلاج النفسى.

طرق العلاج:ــ طرق العلاج السلوكى كثيرة ومتنوعة ولذلك يجب على المعالج السلوكى عند اختياره لفنية علاجية معينة لعلاج مشكلة معينة أن يبنى اختياره على أدله تجريبية لمدى فعالية الأسلوب المقترح عندما تم تطبيقة فعلياً على المشكلة القائمة أو الموجودة لدى المريض. ولكن نظراً لأن هذه المعلومات عادة ما تكون غير كافية لإرشاد المعالجين نظراً لأنه فى حالات كثيرة يكون الدليل التجريبى غير واضح أو حتى غير موجود، فى مثل هذه الحالات يصبح من الواجب على المعالجين أن يعتمدوا على ما لديهم من خبره الممارسة العلاجية وفلسفتهم فى تفسير السلوك الانسانى وطرق تعديله. بالإضافة لذلك يجب على المعالج أن يستخدم مهاراته الفطرية وذكاءه الاكلينكى فى أن يقرر ليس فقط الطريقة العلاجية المناسبة، ولكن أيضاً متى يستخدم تكنيك (أسلوب) خاص، وهو ما يعنى أن الممارسة الاكلينيكية ليست علماً فقط إنما هى علم وفن، ومعظم المعالجين الكفؤ يكونوا على دراية بمميزات وعيوب كل أسلوب، وفيما يلى بعض من هذه الفنيات العلاجية :ــ

أولاً:ــ الطرق القائمة على الإشراط الكلاسيكى:ــ

١ــ التدريب على التوكيدية والمهارات الاجتماعية:ــ ويرجع الفضل فى تطوير هذه الطريقة إلى كل من ولبة وأندريوسالتر Salter، فإذا ما رأى المعالج أن المريض غير قادر على التعبير عن مشاعره الايجابية منها أو السلبية وغير قادر على الدفاع عن حقوقه او المطالبة بها ويشعر بالقلق فى المواقف الاجتماعية، ولديه تقدير منخفض لذاته، يصبح من الضرورى تدريبة على السلوك التوكيدى حيث يقدم المعالج نموذجاً للسلوك المناسب ويطلب من المريض تقليده. وفى شرحنا للسلوك التوكيدى يكون من المهم أن نميز بين ثلاث أنواع من السلوك:ــ السلوك اللاتوكيدى (الخاضع)، والعدوانى، والسلوك التوكيدى. الناس الخاضعين هم أشخاص مطيعين ومتذللين ومذعنين ويسمحون للآخرين ان يأخذوا المبادرة لهم

تم ينتابهم إحساس بالامتعاض والضيق لأنهم لم يكون لهم السبق على الأخرين. أما العدوانيين فهم دائماً يشعرون بأفضليتهم على الآخرين، وهم غالباً أنانيين ومؤذيين. فى حين أن الأشخاص التوكيديين يعبرون عن مشاعرهم بصدق ومباشرة بدون استغلال للآخرين، لديهم صورة ايجابية عن الذات ويشعرون بالرضا عن أنفسهم، ويعد السلوك التوكيدى فعالاً فى التفاعلات البينشخصية مقارنة بالسلوك الخاضع والعدوانى. وللتدريب على السلوك التوكيدى والمهارات الاجتماعية من المهم فى البداية أن يتحقق المعالج من المجالات التى كُبحت فيها بقوة مثل طلب زيارة أو موعد لقاء مع شخص غير مرغوب أو للتعبير عما يغضبه أو انتقاد ممن يحبهم أو تصحيح خطأ الجارسون أو العامل فى بوفية أو مطعم لأن بقية النقود ناقصة أو لأنه قدم شراباً أو طعاماً غير مطلوب، حيث يرى السلوكيين أن الافتقار إلى السلوك التوكيدى غالباً ما يرتبط بمواقف معينة وليس سمة عامة، ثم يقوم المعالج بتنمية المهارات اللفظية وغير اللفظية، ومن المهارات اللفظية، وضوح الصوت وسرعة الرد على التساؤلات، وعدم استخدام ألفاظ حشو الكلام، واستخدام ضمير المتحدث بدلاً من ضمير الجماعة، أما المهارات غير اللفظية مثل الوضع المعتدل للجسم أثناء الحديث، والتلاحم البصرى أو الجسدى مع المتحدث، وتعبيرات الوجه المناسبه للحالة الانفعالية (الابتسام عند الفرح والتكشير عند الحزن)، ويقوم المعالج بتشجيع المريض على ممارسة هذه السلوكيات فى الواقع الفعلى خلال حياته اليومية، ويتم تدريب المريض من خلال الفنيات الآتية :ـــ

أ- أسلوب لعب الدور rol-Plays: أى لعب دوراً سلوكياً نموذجياً فى المواقف التى لا يجيدها مع تعزيز أى تحسن يطرأ على أداء المسترشد.

ب ـ فنية إعادة او تكرار السلوك behavior rehearsal: وهى أحد أنواع التشكيل المقترن بالتعزيز لتعليم المسترشد التعبير عن عواطفة إزاء شخص أخر دون هجوم أو ازدراء كأن يقول للبائع المخطئ: هناك ثمة خطأ فى هذه الفاتورة، ألا يمكنك فحصها ثانية، وقد يلعب المسترشد هنا دور البائع.

جـ ـ الاستجابة البسيطة الفعالة: وتستخدم للتعبير عن المشاعر الغاضبة فى هدوء وبشكل فعال يستحث الأخرين على إزالة سبب الغضب، ويمكن تطبيقها فى

أمثلة من قبيل فاتورة خاطئة فى مطعم، وجلوس أحد الأفراد على مقعدك فى أتوبيس أو حافلة، المعاكسات المرورية من سائق لآخر، الزيارات المفاجئة دون موعد مسبق فى وقت غير مناسب، وغيرها.

د ــ فنية التصعيد Escalation: وتستخدم فى حالة فشل الاستجابة البسيطة وتتضمن الإصرار على الحصول على الحق المسلوب طالما أن هناك حق بالفعل.

هـ ـ استخدام مدرجات السلوك: أى التدريب التوكيدى فى على المواقف الأقل إثارة للقلق ثم الانتقال إلى المواقف الأخرى الأكثر إثارة.

و ــ التدريب التوكيدى الجمعى: حيث يلعب أداء الدور والتعزيز من الآخرين والنمذجة دوراً فى تغيير السلوك، ويمكن استخدامة فى حالات الخجل ونقص المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية، ومواقف الدفاع عن الحقوق، أو مواجهة زملاء الفصل أثناء الإجابة على تساؤلات المدرسين.

وعلى أية حال فإن التدريب التوكيدى يصلح لمن يعانون من التهور وسرعة الغضب، والعدوانيين والقلقين والجبناء المتخاذلين عن حقوقهم.

٢ – الكف المتبادل Reciprocal Inhibition: يعد الكف المتبادل أحد المداخل العلاجية المستنبطة من أفكار بافلوف قامت مارى كوفر جونز Mary Cover Jones 1924، وجوزيف ولبه Wolpe, 1958 بتطويرها. حيث استخدما مثيرات ايجابية لإظهار استجابات تكف او تقمع القلق، ففى حالة البرت الصغير (وهى حالة فوبيا الحيوان الذى عالجته كوفر جونز) كان من المعروف أنه مولع بمضغ اللبان وبعض أنواع من الحلوى. وتم علاجه من خلال اتباع خطوات منظمة حيث يظهر الفأر على مسافة مناسبة وفى الوقت نفسه تقدم له قطعة من هذه الحلوى، وطالما أن الفأر بعيداً فإن القلق الذى يظهره يكون ضعيف جداً، نظراً لأنه يتم اشغاله عن طريق المثيرات الإيجابية الأكثر إثارة (الحلوى). وعندئذ تكرر العملية بإحضار الفأر كى يكون أكثر قرباً، ويؤدى الأكل ثانية إلى قمع القلق، وبتقليل المسافة بين ألبرت والفأر تدريجياً أصبح قادراً على تناول الحلوى بيد واحدة ويربت على الفأر باليد الأخرى. وبناء عليه ذهب قلقة وعولج من حالة الفوبيا التى كان يعانى منها.

٣- التخلص المنظم من الحساسية: Systematic desenetization:
طوره جوزيف ولبه فى جنوب افريقيا على ملاحظة مؤداها أنه طالما أن القلق يزيد من توتر العضلات فإن استرخاء العضلات قد يحد من درجة القلق تبعاً لذلك، ويختلف عن الكف المتبادل فى أمرين:

الأول: يتخيل المسترشد مصدر القلق (المثير المخيف) كالامتحان أو ركوب طائرة وليس بالضرورة أن يتعرض له فعلاً.

والثانى: أنه يحاول قمع القلق الناتج عن طريق الاسترخاء وليس الأكل. فطالب الجامعة الذى يعانى درجة مرتفعة من قلق الاختبار سيصبح غير قادر على اجتياز الامتحانات بسبب قلقة هذا، ويمكن علاجه من قلقة باستخدام التخلص المنظم من الحساسية وتتم هذه العملية فى ثلاث خطوات هى:

أ ـ التدريب على الاسترخاء: أى التدريب على الاسترخاء العميق للعضلات فى خطوات يتم خلالها شد وإرخاء العضلات المختلفة بالجسم فى تتابع يحدده المعالج.

ب ـ إعداد مدرج القلق Anxiety hierarchy: أى إعداد قائمة متدرجة بالمثيرات المخيفة على قدر كمية القلق التى تولدها هذه المثيرات، فقد يحدد طالب الجامعة مثيرات القلق على النحو الآتى:

١ـ الذهاب إلى الجامعة يوم الامتحان (أعلى درجة).

٢ـ الإجابة الفعلية على أسئلة الامتحان.

٣ـ اللحظة النى تسبق فتح باب غرفة الامتحان.

٤ـ عندما يكون فى الفصل ينتظر توزيع الاختبارات وأوراق الاجابة.

وهكذا قد تشمل القائمة عدداً كبيراً من المثيرات المولدة للقلق التى يستطيع الطالب حصرها فى ضوء أخر اختبار مر به (ذكر ولبه فى هذا المثال ١٤ مثير مقلق)، ويؤكد ولبه على أنه من الضرورى إعداد مدرج القلق فى البداية بواسطة المسترشد لأنها أمر فردى يخصه هو بالدرجة الأولى. فبعض الطلاب قد يضع المثير (٢) محل المثير (١) أو (٣) أو (٤).

جـ ـ تخيل أقل مثيرات القلق أثناء الاسترخاء (أى المزاوجة بين الخطوتين السابقتين) وبعد ان يتم تعلم التغلب على القلق فى وجود هذا المثير يتم الانتقال إلى المثير الذى يليه صعوداً إلى قمة الهرم حتى يتخلص من هذه المثيرات بدرجة مقبولة. وتتطلب هذه الخطوات حوالى ٣٠ جلسة تقريباً.

وقد يكون استخدام التخلص المنظم من الحساسية فى المواقف الواقعية (الحية) in vivo ضرورياً لهؤلاء الذين لا يستطيعون تخيل أنفسهم فى المواقف المثيرة للقلق بدرجة كافية تشعرهم بالقلق فعلاً، كما توجد طرق بديلة للمرضى الذين لا يستطيعون تعلم الاسترخاء على الإطلاق.

وقد استخدمت طريقة التخلص المنظم من الحساسية فى علاج الكثير من أنواع الفوبيا، كفوبيا قيادة السيارات وركوب الطائرات وفوبيا الحيوانات والحشرات والمدرسة والزحام. كما استخدمت مع اضطرابات مثل اضطرابات الكلام وأزمات الربو، والأرق، وتعاطى الخمور والغضب والتجوال الليلى والأفكار الخاطئة والوساوس القهرية.

وقد ابتدعت هذه الطريقة لتفادى عيوب طريقة أخرى يتم خلالها تعريض المسترشد للمثير المولد للقلق (المثير الشرطى) بشكل مباشر وكامل مع تعزيز ما يحققه من نجاح فى التغلب على خوفه وقلقه وتعرف بطريقة الغمر Flooding حيث لوحظ أن بعض الحالات زادت لديها الاستجابة الشرطية بدلاً من أن تنطفئ.

ثانياً: بعض الطرق القائمة على أساس الإشراط الإجرائى (لسكنر): لم يكتب سكنر بتوسع عن التطبيقات العلاجية، وربما يرجع ذلك فى البداية لأنه يرى وجود اختلافات محدودة فى المفاهيم بين العلاج النفسى والمجالات الأخرى لتعديل السلوك كالتعليم مثلاً، ولذلك فإن طرقا كالتعزيز والعقاب والتشكيل، والتعميم والتمييز والانطفاء وغيرها تعد إجراءات فعالة استخدمت من قبل المعالجين السلوكيين لتعديل السلوك، وعلى سبيل المثال فقد استخدم التعزيز الايجابى والتشكيل لمساعدة طفل توحدى autistic أو راشد ذهانى على سرد جملة مترابطة، حيث يتم تعزيز الأصوات التى تقارب الكلمة الحقيقية فى البداية، ثم تعزيز الكلمات البسيطة، ثم تعزيز الجمل البسيطة، وهكذا تتم الجملة المرغوبة. وفى نفس الوقت لا يتم تعزيز الكلمات الشاذه وفترات الصمت أو غير ذلك مما لا يوصل إلى الجملة

المرغوبة (المعززات المستخدمة كالحلوى والمدح والابتسام أو منح فرص اللعب بحرية وغيرها). هذا ويلعب التعزيز الإيجابى المشروط دوراً هاماً فى عدد من الإجراءات العلاجية مثل:-

١- **الاقتصاد الرمزى Token Economy**: وهى فنية علاجية واسعة الاستخدام مع المرضى النفسيين المودعين بالمستشفيات، ومع الأحداث الجانحين والمعوقين عقلياً والأطفال العاديين بالمدارس، وقد تم تطبيقة بواسطة العديد من السلوكيين وتمر خطوات تنفيذه فى عدة خطوات هى:-

أ- تحديد السلوك المستهدف (المراد تعليمه أو تغييره أو إزالته) وتعريفه بدقة.

ب - توضيح القواعد العامة للسلوك وخطوات تنفيذ البرنامج، ويجب التحقق من فهم المسترشد لنظام التعزيز الرمزى.

جـ - اختيار المعززات الرمزية المستخدمة كالبطاقات والنجوم الورقية وهو ما يعرف ببونات التعزيز، ويفضل أن تكون مقبولة الشكل غير قابلة للتلف بسهولة، كما يجب اقتران تقديمها بالتعزيز الاجتماعى.

د - اختيار المعززات الداعمة التى تُستبدل بها المعززات الرمزية كالطعام واللعب والنقود وغيرها.

هـ - التدريب على السلوك المرغوب وتعزيز خطوات النجاح التى يحققها المسترشد ويفضل أن يكون التعزيز فى البداية متواصل، واستبدال كل مجموعة من البونات بالمعزز الداعم، ويفضل أن يتكرر ذلك يومياً فى البداية ثم يقل بعد ذلك.

و - متابعة تنفيذ البرنامج والتحول من التعزيز المتواصل إلى التعزيز المتقطع حتى يتم استبدال المعززات الرمزية والداعمة بالمعززات الاجتماعية ويتحسن السلوك.

٢- **الإنطفاء**: عن طريق التعزيز التمايزى للسلوكيات المرغوبة يمكن إخماد السلوكيات غير المرغوبة، وقد يقصد بالانطفاء ذلك الاسلوب الذى يتوقف فيه

سلوك معين نتيجة لتوقف تعزيزة، فعدم إعارة المرضى الذين يثيرون ضجيجاً بقصد لفت انتباه الممرضات والأطباء لهم يجعلهم يتوقفون عن هذا السلوك.

٣- **التعاقدات المشروطة:** المشكلة الأساسية التى تواجه الإنسان أحياناً هى أن سلوكه يمكن أن يتأثر بمعززات بسيطة ولكن لها صفتى الذاتية والثبات معاً فى مقابل معززات أكبر وأهم ولكنها بعيدة المنال وغير مضمونة تماماً، وهو ما يدفع الناس إلى ممارسة سلوكيات تضمن لهم النوع الأول من التعزيز (مثل التدخين والأكل بشراهه) على حساب المعزز بعيد المدى (وهو الاستمتاع بالصحة وطول العمر)، وتستخدم طريقة التعاقدات الشرطية على النحو الآتى:

١ـ تحديد السلوك المراد تغييره أو المستهدف بالتعديل.

٢ـ عقد اتفاقاً بين المريض والمعالج على برنامجاً زمنياً للتخلص من هذا السلوك.

٣ـ تحديد نوع المعززات البديلة التى يقدمها المعالج كلما التزم المريض بالبرنامج.

وفى مثل هذا النوع من الفنيات يجب على المريض أن يكون صادقاً مع نفسه ومع المعالج وأن يراقب ذاته بدقه، كما يجب أن تكون المعززات المقدمة ذات قيمة بالنسبة للمريض وأن يحاول المعالج تحويل انتباه المريض إلى الأثار الإيجابية للسلوك بشكل يخلق لديه نوعاً من التعزيز الذاتى حتى لا تحدث انتكاسة حال توقف التعزيز الخارجى.

٤ـ **المدخل البينشخصى الإجرائى:** وضع ستيوارت أسس هذا المدخل عام (١٩٦٩) لعلاج المشكلات الزواجية وذلك من خلال ما يعرف باتفاقية حسن النيه حيث يتخذ كل قرين على نفسه عهداً بزيادة السلوكيات البديلة المعززة للطرف الآخر على ألا يكون هذا التغير معتمداً على تصرفات الطرف الآخر إنما بمبادرة شخصية بالدرجة الأولى كأن تقوم الزوجة بتحقيق تنظيم وتوازن بين الدخل والإنفاق أو طبع قبله وداع أو استقبال لزوجها فى الصباح والمساء، وفى المقابل يقوم الزوج بخفض ساعات عمله وأن يصحب زوجته فى رحلة أسبوعية أو

يتسليان معاً بلعبه مرغوبة لكليهما. ويصلح هذا الأسلوب فى علاج مشاكل أخرى أسرية أو دراسية واجتماعية وانفعالية. هذا ويلاحظ أن التعزيز يمثل القاسم المشترك الأعظم فى كل فنيات العلاج السلوكى الإجرائى.

ثالثاً: استراتيجيات ضبط الذات Self-Control Strategies:

فى برامج العلاج السلوكى يتعلم كل من الأطفال والمراهقين أن عليهم أن يكونوا فعاليين ونشطين فى تحديد أهدافهم العلاجية وتحقيقها، ولتعليم هذه المشاركة النشطة يستخدم المعالجون عدداً من استراتيجيات الضبط الذاتى، ويختلف تفسير سكنر وبندورا كل عن الآخر لضبط الذات حيث يشرحها سكنر بلغة الإشراط والتعزيز فى حين يرى بندورا ذلك كنوع من الشعور أو الوعى الداخلى، فيرى سكنر أن الفرد الذى تعرض للعقاب على إسرافه فى شرب الخمر أو كانت لهذا الشراب أثاره السلبية عليه ربما يرفضها فى المستقبل ويصبح منظر ورائحة الخمر مثيران شرطيان كريهين وتتضمن عملية الضبط الذاتى من وجهة نظر سكنر أساليب من قبيل:-

١- استبعاد أى مثيرات خارجية: كتجنب أكل الحلوى للشخص السمين، وشراء السجائر أو مرافقة المدخنين للمقلع عن التدخين او مشاهدة أفلام الجنس ومجلاته لعدم الإثارة الجنسية.

٢- استخدام مثيرات إيجابية أو منفردة (بغيضة): مثل وضع دفتر لتدوين المواعيد أو للتنبية أو عد السجاير التى يدخنها الفرد، أو عدد جرعات الخمر التى يحتسيها أسبوعياً.

٣- الحرمان (التجويع): كأن يخطط الفرد للعشاء فى مطعم فاخر وأن يتخلى عن وجبة الغداء.

٤- الإشباع (التسامى): مثل استخدام التمرينات الرياضية لخفض احتمالية سلوك جنسى.

٥- معالجة الميول الانفعالية: مثلما يحدث عندما يعد الفرد من واحد إلى عشرة قبل أى تصرف غاضب.

أما بندورا فيرى أن ضبط الذات عملية تعتمد على شعور الفرد ووعية

الداخلى بذاته تهدف إلى تأجيل الاشباع أو الإرضاء، حيث يفرض المرء على نفسه تأجيل التعزيزات الصغيرة فى سبيل أخرى كبيرة آجلة، كما يعرفها ماهونى وثوريسون (١٩٧٤) بأنه ما يظهر عندما ينخرط الشخص خلال استراتيجيات من قبيل:ــ

١ــ **استراتيجية المراقبة الذاتية:** وهى العملية التى تجعل الأفراد أكثر وعياً بمشكلاتهم وتصرفاتهم ويعد ذلك أمراً جوهرياً فى نجاح عملية التنظيم الذاتى للسلوك، وتمر هذه العملية بمرحلتين يحاول المعالج فىالمرحلة الأولى مساعدة المريض على وضع أهداف أو معايير لتوجيه سلوكه، كما حددت خصائص معينة للأهداف كأن تكون محددة بدقة وأن تكون واضحة وغير غامضة ومصاغة جيداً فى عبارات قصيرة، وبوضع الأهداف المقابلة لهذه الخصائص أو المحكات يساعد على زيادة احتمالية أن يتعلم المريض ضبط الذات بفاعلية، أما فى المرحلة الثانية أو مرحلة التقويم الذاتى: وهى مرحلة الاستجابة التمييزية يقوم المريض خلالها بمضاهاة او مقابلة ما يفعله وما ينبغى عليه عمله. أى تقويم أداءه فى ضوء الأهداف المصاغة مع المعالج. فإذا كان هناك تقارب كبير بينهما ينتج عن ذلك الرضا عن السلوك الذاتى ويتحقق منه نوعاً من التدعيم الذاتى ومن ثم تزداد دافعيته للمحافظة على سلوك تنظيم الذات.

٢ــ **استراتيجية التخطيط البيئى:** وتتضمن كل من تغيير البيئة وكذلك كل من المثير المولد للسلوك والأحداث التى تتبع تغيره فبدلاً من مواجهة الإغراء يكون على الفرد تجنب الموقف المُغرى وربما يعاقب نفسه عندما يستسلم له وتوجد لذلك طريقتين:ــ

أ ــ **ضبط المثير:** أى قيام الفرد بإعادة ترتيب البيئة أو تنظيمها بالشكل الذى يحد أو يقلل بعضاً من استجاباته غير المرغوبه أو يثبت أو يقوى الأسباب التى تثير استجاباته المرغوبة كتجنب تزيين المائدة لراغبى تخفيف الوزن، وممارسة استجابة بديلة عند التوتر الانفعالى كالاسترخاء العضلى والتأمل والتفكير.

ب ــ **الضبط المسبق لنواتج الاستجابة:** أى تنظيم البيئة بحيث يستتبع النتائج المرغوبه أثاراً سارة، ويستتبع الاستجابة غير الرغوبة نتائج غير سارة كاستخدام الديسولفرام لعلاج الإدمان.

٣ـ برمجة السلوك: وتعنى التغيير المنظم لنتائج السلوك بدلاً من تغيير مسبباته أو مثيراته ويتم ذلك من خلال طرق مثل:ـ

أ ـ التعاقد الذاتى: إذا أراد فرد أن يبرمج سلوكه بكفاءة وفعالية فإن من الواجب عليه أن يعمل بشكل منظم، وأفضل وسيلة لذلك هو التعاقد الذاتى، والتعاقد الذاتى هو اتفاق يبرمة الفرد مع ذاته يحدد السلوكيات التى يهدف إلى تحقيقها، ويجب ان تكون شروط هذا التعاقد واضحة وثابتة وإيجابية وعادلة مع مراجعة هذه الشروط بصورة دورية للتأكد من أنها معقولة (محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨).

ب ـ التعزيز والعقاب الذاتى: تشرح فكرة التنظيم الذاتى الملاحظة القاضية أن سلوك الإنسان له صفة الثبات عادة، وغالباً ما يتبدل بدون تدعيمات خارجية عاجلة. والناس عموماً يستخدمون التعزيز الذاتى والعقاب الذاتى لكى يصلوا إلى مستوى معين من المعايير أو الإنجاز، ويتولد مستوى الدافعية الذاتية من خلال النجاح أو الفشل فى الوصول إلى الأهداف التى يقترحها الفرد، والتى سوف تتغير تبعاً لمستوى معايير الأداء المحددة من قبله وطريقته فى تقويم الأداء، وطبيعة الدوافع أو مثيرات الأداء، ومعايير أداء الفرد ما هى إلا نتاج تاريخه التعليمى السابق.

العلاج السلوكى فى الميزان: يتميز العلاج السلوكى عن الأشكال والطرق العلاجية الأخرى بعدد من المميزات وخاصة فى الجوانب الآتية:-

١ـ الهدف: يهدف إلى تغيير السلوكيات المضطربة أوالأعراض المرضية فضلاً عن تغيير الحالة الداخلية كما فى استراتيجيات الضبط الذاتى.

٢ـ دور المعالج: المعالج هو الذى يمارس التحكم والرقابة الفعالة وهو الذى يختار التغيرات المراد إحداثها فى السلوك ومن الضرورى أن يكون هناك بعض التعاون من قبل المسترشد.

٣ـ التأكيد على الحاضر: يؤكد العلاج السلوكى على الطبيعة الراهنة لمشكلات المريض وينجح كثيراً حتى لو كانت الأسباب الأصلية مجهولة تماماً.

٤ـ تنوع الأساليب المستخدمة: يتميز العلاج السلوكى بتنوع أساليبه بتنوع المشاكل التى يواجهها بالعلاج بدلاً من تطبيق طريقة واحدة على كل المرضى كما فى التحليل النفسى الفرويدى.

٥ـ الفعالية: يستغرق العلاج السلوكى وقتاً أقل وقد ينتهى فى شهور قليلة ولم يثبت علمياً أن فعاليته أقل من غيره بل قد يكون الأفضل كما اتضح ذلك على مدار فصول هذا الكتاب .

٦ـ القابلية للتجريب والتحقق من نتائجه: ربما تكون أهم ما يميز العلاج السلوكى أن فنياته يمكن إخضاعها للتجريب، كما يساعد المعالج على تعديل برنامجة حتى يحقق أفضل النتائج بدلاً من الاقتصار على التأملات الظاهرية والأحكام الذاتية للمعالج (محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٨)

ورغم ذلك فقد انتقد العلاج السلوكى من قبل البعض بسبب تركيزة على الأعراض دون الأسباب حيث يدعى البعض وخاصة أنصار السيكودينامية أن العلاج السلوكى يسبب استبدال الأعراض Symptom Substitution أى إحلال الأعراض التى تم علاجها بأعراض أخرى طالما أن المشكلة الأساسية لم تحل. ولكن فى الحقيقة أن العلاج السلوكى كالعلاج السيكودينامى يحاول التعامل مع أسباب السلوك ولكن بطرق متباينة، ففى حين يركز العلاج السيكودينامى على الأسباب التاريخية واللاشعورية للسلوك، يركز العلاج السلوكى على الأسباب الراهنة والمنظوره للسلوك، ففى العلاج السيكودينامى لمريض ما فإن المعالج يسأل: لماذا أصبح المريض هذا النوع من الشخصيات؟ فى حين يسأل المعالج السلوكى ما الذى جعله يسلك بهذه الطريقة الأن؟ وما الذى يمكن عمله لتغيير هذا السلوك، ويعمل القياس السلوكى الكفوء كأساس لبرنامج العلاج الذى يتعامل مع المدى الكلى للعوامل المسببة للمشكلة (Wilson, G.T. et al, 1996)

العلاج المعرفى: كل طرق العلاج المعرفى تبنى على افتراض مؤداه أن الاضطرابات الانفعالية تحدث بسبب نمط غير موائم من التفكير أو بعبارة أخرى: أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار، ولذلك فإن هدف العلاج هو إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض وذلك من خلال ثلاث خطوات حددها بيلاك Bellak, 1985 على النحو التالى:ـ

أ ـ تعليم المرضى أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التى ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

ب ـ تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية.

جـ ـ تدريب المرضى على استراتجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التى تطبق فى الواقع خلال مواقف حياتيه جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة.

ورواد هذا الاتجاه عديدين منهم إليس وبيك ورايمى وميكنبوم وغيرهم (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن: ١٩٩٧) وفيما يلى عرض لبعض هذه العلاجات:ـ

١ـ العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لإليس: يقوم العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لإليس على نظريته التى تفترض أن الاضطرابات النفسية إنما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية ويرى إليس أن الناس يشتركون فى غايتين أساسيتين هما المحافظة على الحياة، والإحساس بالسعادة النسبية المصحوب بالتحرر من الآلم. وتسهم العقلانية فى إيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين فى حين أن عدم العقلانية تخلق نمط من التفكير يقف حجر عثرة فى سبيل عدم تحقيقهما، ويرجع وجود اللاعقلانية إلى التعلم غير المنطقى المبكر الذى يكون الفرد مهيأ له من الناحية البيولوجية، وتلعب عوامل مثل الحديث الخاص إلى الذات دوراً فى زيادة هذه الأفكار وتطورها ومن ثم حدوث الإضطراب النفسى، ومن خلال دراساته الاكلينيكية فى المجتمع الأمريكى يقرر ألبرت إليس أن كل المشاعر المضطربة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بواحد أو أكثر من الأفكار غير المنطقية الآتية:

(١) يقول الفرد لنفسه: إنه ينبغى علىّ أن أؤدى أداءاً جيداً وأن ألقى القبول والرضا عن كل ما أقوم به وإلا فإنى أكون فاشلاً.

(٢) أن على الآخرين أن يتصرفوا نحوى بلطف وعدالة وإلا فإنهم يكونون مخبولين.

(٣) أن الظروف التى أعيش فيها ينبغى أن تظل حسنة وميسرة حتى أحصل على كل ما أريده بدون مجهود كبير وإلا فإن الحياة تبدو قاتمة.

وقد حدد إليس اثنتى عشرة فكرة غير عقلانية irrational ideas يرى أنها

تمثل الأسباب الكامنة وراء الإضطرابات النفسية وهذه الأفكار هى:

١ـ أنه أمر بالغ الأهمية بالنسبة للشخص الراشد أن يكون محبوباً من كل شخص وعن كل شئ يعمله.

٢ـ بعض التصرفات تعتبر مزعجه أو وقحة، وينبغى أن نعاقب الأفراد الذين يرتكبونها بشدة.

٣ـ من الفزع أن تسير الأمور فى صورة غير التى يودها المرء.

٤ـ إن بؤس الإنسان وشقاؤه هو نتيجة الأحداث والأشخاص الموجودين فى البيئة.

٥ـ إذا بدا شئ ما ممثلا لخطر أو لخوف فإنه ينبغى أن ننشغل به بشكل زائد وأن نتضايق بسببه ويتعكر صفو حياتنا.

٦ـ من الأسهل أن نتجنب مصاعب الحياة والمسئوليات الشخصية عن أن نواجهها.

٧ـ إن الإنسان يحتاج لأشياء أقوى منه أو أكبر منه يلقى مسئولياته عليها.

٨ـ ينبغى أن يكون المرء حاذقاً، ذكيا ومنجزاً فى كل جوانب الحياة.

٩ـ إذا كان قد سبق لشئ ما أن سبب لك ضيقاً فى حياتك فأنه سيستمر فى التأثير عليها.

١٠ـ إنه ينبغى أن يكون للإنسان القدرة على التحكم فى بعض الأشياء.

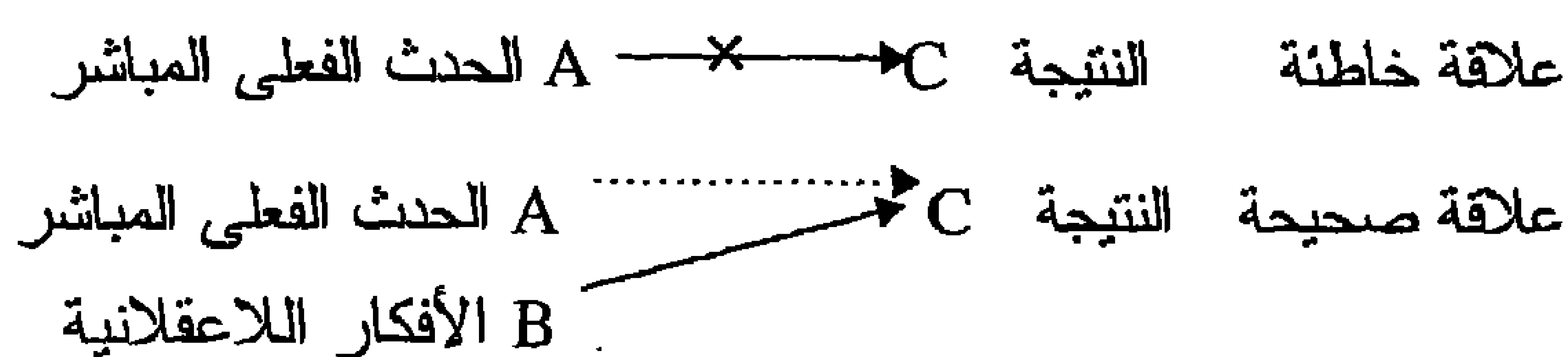
١١ـ إن سعادة الإنسان تتحقق من خلال عملية القصور الذاتى.

١٢ـ أن الإنسان ليس لديه تحكم فى انفعالاته الخاصة...

وتقوم استراتيجية العلاج العقلانى الانفعالى على مساعدة العميل (المريض) على التعرف على الأفكار غير المنطقية لديه وأن يحل أفكاراً أكثر عقلانية محلها. (محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن:١٩٩٧)

ويعرض إليس لنظرية A-B-C فى تحليل الاضطراب حيث يشير الحرف

(A) إلى أحداث الحياة الفعلية أى الحدث المنشط الذى قد يكون بمثابة شيئاً وقع بالفعل كتحطم علاقة عاطفية أو خسارة اقتصادية، أو حتى سلوكاً أو اتجاهاً معادياً من قبل شخص آخر. ويرمز (B) إلى التفسيرات اللامنطقية أو اللاعقلانية من الفرد لهذا الحدث كاعتقادة أن لا أحد يحبه او لا أحد يهتم به على الإطلاق، وهكذا يكون الشخص قد بالغ فى حجم المشكلة. أما (C) فيدل على النتيجة أو رد الفعل الذى يستجيب به الفرد كأن يصيبة قلق أو اكتئاب ليس بسبب الحدث ولكن بسبب التفسيرات اللاعقلانية للحدث ويمكن توضيح ذلك على النحو الآتى:ـ



نظرية ABC فى تحليل الاضطرابات النفسية

والمعالج العقلانى يحاول مساعدة المريض فى التعرف على أفكاره اللاعقلانية وإحلالها بأخرى أكثر بنائية وعقلانية، ولتحقيق هذا الهدف يسعى المعالج إلى إقناع العميل بمنطق العلاج العقلانى الانفعالى، وأن يواجه ويتحدى الأفكار اللاعقلانية لمريضه ويقدم له نموذج لإعادة تفسير الأحداث بشكل عقلانى، وتكرار المقولات الذاتية العقلانية من قبل كل من المعالج والمريض معاً، كما يطالب المريض بمهام سلوكية لتطوير ردود أفعال عقلانية لتحل محل غير العقلانية فيما سبق كتلك التى يفترض أنها كانت تولد التوتر والحزن والاكتئاب.

العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى الميزان: من المطلوب أن تبقى فعالية العلاج العقلانى فى تحسن مستمر، غير أن أحد الصعوبات لتحقيق ذلك يتمثل فى تحديد مكونات الإجراءات العلاجية، ونتيجة لهذا النقد الموجه أساساً إلى الأسس التجريبية والمفاهيمية (النظرية) للعلاج العقلانى الانفعالى، وافق إليس على أنه من أنواع سوء التفسير أن يتم إعادة تركيب البنية المعرفية للمريض باستخدام فنيات تعتمد على الإقناع اللفظى أو التحليل المنطقى، وأكد على أن المعالج السلوكى المعرفى يستخدم أيضاً فنيات العلاج السلوكى وطرق علاجية أخرى كالعلاج

الجشطلتى، وقد عدل إليس فى عام (١٩٩٥) اسم طريقته العلاجية إلى: العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى rational emotive behavior therapy، غير أن المشكلة أن أصبح العلاج العقلانى الانفعالى أكثر شمولية، حيث يمزح بين مدى واسع من الفنيات المختلفة من العلاجات الأخرى، مما جعل من الصعب اختبار فعالياته. (لمزيد من المعلومات راجع: Windy Dryden, 1995)

٢- **العلاج المعرفى لبيك .Beck,A**: صميم عمل العلاج المعرفى لبيك هو التعرف على الافتراضات السلبية المؤدية إلى حالة مزاجية سالبة، والتى من شأنها أن تزيد احتمالية توارد أفكار سالبة ومن ثم تأخذ فى خلق دورة فاسدة من الأفكار والمزاج، ويعد التعرف على هذه الافتراضات السلبية هى الهدف الأساسى للعلاج المعرفى واستبدال هذه الافكار بأفكار دقيقة وايجابية وموضوعية، ولتحقيق ذلك يضطر المعالج إلى استخدام طرق ذات طبيعة سلوكية/معرفية، ففى الجانب السلوكى يكلف المريض بعدد من الواجبات أو المهام المتدرجة التى تسعى إلى تزويد المسترشد بخبرات ناجحة وكذلك بعض الواجبات المنزلية، أما فى الجانب المعرفى فيقوم على تدريب المسترشد على عمليات عقلية مثل: التفرقة أو التمييز مثل التفرقة بين أنا أظن وهى فكرة يمكن أن تقبل التشكيك، وبين أنا أعرف وهى حقائق لا تحتمل الرفض، وكذلك عملية الفصل أى أن يفصل العميل ذاته عن خبرات الآخرين وما يعلنونه، وعلى سبيل المثال فقد يسمع شخصاً ما أن جاره قد مات بأزمة قلبية قد يصبح قلقاً ومشغولاً بفكرة أن هذا قد يحدث له أو لأى فرد من أسرته.

ويطلب المعالج المعرفى من المريض أن يحتفظ بتسجيلات مكتوبه للواجبات المنزلية المتفق عليها بينهما، فربما يتطلب من المريض تحديد ومواجهة المعارف المختلفة المرتبطة بالمشكلة باستخدام تسجيل الأفكار المختلة وظيفياً dysfanctinal thought records والجدول الآتى يوضح طريقة تسجيل الأفكار المختلة لمريضة تعانى من الشرة العصبى:-

الموقف: صفى أحداثاً فعلية تؤدى إلى الأكل غير المنظم (أو تناول مُسهلات)	بدأت أنا وصديقى فى شرح ما يعد جذاباً فى كل من الرجل والمرأة، لقد بدأت أشعر أننى سمينة ولن أكون جذابة من وجهة نظرة كما قال هو.
الأفكار المختلة وظيفياً: حددى الأفكار التى تسبق الأكل غير المنظم أو تناول مُسهلات.	إنه أكثر سعادة ورضا مع امرأة أخرى أكثر نحافة منى وأكثر جاذبية ورشاقة منى، إننى فى حاجة إلى عمل رجيم أو حمية لخفض وزنى.
أساليب مواجهه الأفكار المختلة:ـ ١ـ ما هى الأدلة المناهضة والمؤيدة لذلك؟	بالطبع إنه منجذب إلىَّ، وإذا ابتعدنا عن بعض لفترة طويلة، فإننى سأشعر من خلال الأخرين بما ينقصنى بغيابه.
٢ـ هل توجد طريقة بديلة لرؤية الحدث؟	ليس بسبب أنه يقول رأية فى النساء الأخريات أن ذلك يعنى أننى غير جذابة فانا أعجب بأشياء فى الرجال الآخرين، وليس معنى ذلك اننى لا أحبه.
٣- ما تاثير وجود هذه الأفكار لديك؟	أعرف أننى إذا عملت حمية أو رجيم، فمن المحتمل ان أبدأ فى الأكل بهمجية ثانية، وعندما يحدث ذلك، فإن وزنى سيزداد ثانية.

ويعد استخدام الطرق السلوكية من الملامح الجوهرية فى العلاج المعرفى، فالمرضى ينفذون المطالب السلوكية للمساعدة على تصحيح المعارف المشوهة، ولإثبات بطلان أو دحض التوقعات اللاتوافقية، وبدلاً من مناقشة ومجادلة المرضى حول أى من أفكارهم تكون صادقة، ومساعدة. يتعاون المعالجون معهم فى تصميم مطالب سلوكية معينة تمثل إطاراً تجريبياً للمرضى لاختبار صحة فروضهم، والجزء الآتى مقتبس من إحدى الجلسات العلاجية لكلارك Clark 1989 مع مريض بنوبة هلع يوضح كيف يحث المعالج السلوكى على اختبار فروضه وكيف يستخدم التجارب السلوكية فى مواجهة المعارف المشوهه.

المريض: فى منتصف نوبة الهلع أعتقد عادة أنه يكاد يُغمى علىَّ أو أنهار.

المعالج: إلى أى درجة تعتقد أن وجودك هنا الأن شئ صحيح، وإلى أى حد تشعر بأهمية وجودك هنا أثناء النوبة؟

المريض: ٥٠٪ الأن، ٩٠٪ فى أثناء النوبة.

المعالج: دعنا ننظر للأدلة التى جعلتك تعتقد ذلك، هل أغمى عليك اثناء النوبة؟

المريض: لا.

المعالج: ما الذى جعلك تعتقد أنه يكاد يغمى عليك.

المريض: أشعر بالإغماء ويكون هذا الشعور قوى للغاية.

المعالج: باختصار هل أدلتك أنه يكاد يغمى عليك تعنى أنك شعرت فعلاً بالإغماء؟

المريض: نعم.

المعالج: بماذا تفسر أنك شعرت بالإغماء مئات المرات ولكن لم يغمى عليك فعلاً؟

المريض: إلى هذا الحد، تتوقف النوبات عادة فى الحال، أو عندما أجد وسيلة تأثير أمنع بها نفسى من السقوط.

المعالج: تمام، أحد التفسيرات أذن لهذه الحقيقة أنك شعرت بالإغماء مرات عديدة، أى أنك كنت تعتقد أنه سوف يُغمى عليك ولكن لم يحدث ذلك حقيقة، دون أن تفعل شيئاً لتحفظ نفسك فى الحال. التفسير البديل هو أن شعورك بالإغماء أثناء النوبة لن يؤدى بك إلى السقوط حتى لو لم تتحكم فيه.

المريض: نعم أعتقد ذلك.

المعالج: لكى تحدد أى الاحتمالين صحيح، نريد أن نعرف ما الذى يحدث لجسمك لكى يتم الإغماء فعلياً. هل تعرف؟.

المريض: لا

المعالج: يتطلب أن ينخفض ضغط الدم لديك بشدة، هل تعرف ما الذى يحدث لضغط الدم عندك أثناء نوبة الهلع.

المريض: حسناً، يزداد خفقان القلب، وأعتقد أن ذلك يصاحبة زيادة فى ضغط الدم.

المعالج: هذا صحيح، عند القلق تزداد ضربات القلب ويرتفع الضغط، وهذا يعنى أن احتمالية حدوث الإغماء أقل منها فى غير حالات القلق.

المريض: هذا أمر مثير جداً ومن المفيد أن أعرفه، ولكن إذا كان صحيحاً لماذا أشعر بالإغماء؟

المعالج: إحساسك بالإغماء هو إشارة إلى أن جسمك يتفاعل بشكل طبيعى مع إدراكك للخطر، فمعظم التفاعلات الجسدية التى خبرتها أثناء القلق من المحتمل أن تكون معدة للتعامل مع الخبرات المهددة حتى عند الرجل البدائى، فمثلاً عندما يقابلك نمراً جائعاً، ما هو أحسن تصرف فى هذه الحالة؟

المريض: أجرى بعيداً وبأسرع ما أستطيع.

المعالج: هذا صحيح، ولكى تستطيع الجرى، فأنت فى حاجة لأكبر كمية من الطاقة فى عضلاتك ولا يتحقق ذلك إلا بإرسال أكبر كمية من الدم الى العضلات وكمية أقل الى المخ، ويعنى هذا انخفاض محدود فى نسبة الاكسجين فى المخ وهو ما يشعرك بالإغماء وهذا الإحساس مضلل وخداع لأن ضغط الدم مرتفع وليس منخفض ومن ثم لا تحدث عملية إغماء فعلياً.

المريض: هذا واضح تماماً، وفى المرات القادمة سأختبر ما إذا كنت أشعر بالأغماء من خلال اختبار نبضى فإذا كان عادياً أو أعلى من الطبيعى أعرف أنه لن يغمى علىّ (Clark, 1989).

العلاج المعرفى لبيك فى الميزان: من المميزات الأساسية للعلاج المعرفى عند بيك أنه محدد تماماً، ومحقق بكفاءة وتختلف إجراءاته عن الطرق البديلة للعلاج، وقد أخضع العلاج المعرفى نفسه للتقييم والتقويم فكانت نتائجه تتميز بوجود عائد فعال مع كل الاضطرابات تقريباً وخاصة القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل والاضطرابات الجنسية.

تكامل العلاج النفسى:-

يوجد عدد كبير من طرق العلاج النفسى، بعضها تتفق فيما بينها على المفاهيم والإجراءات وبعضها يتعارض، ومن خلال دراسة استكشافية للاتجاهات والممارسات الفعلية للمتخصصين فى المجال أجراها موركروز وآخرين Morcross et al, 1992 أجروها على ٧٥ معالج نفسى فوجدوا أن حوالى ثلث المعالجين (٣١٪) يصفون مدخلهم العلاجى بأنه مدخل انتقائى Eclect أى أن طرقهم العلاجية تتنوع من أوسعها إلى أضيقها وعلى حسب ما تستدعيه حالة المريض. حوالى الثلث الأخر وصفوا مدخلهم بأنه أما أن يكون سلوكى (١٨ ٪) أو سيكودينامى (١٥٪) فى حين أن بقية الأعضاء صنفوا أنفسهم كما يلى: معرفون (١٠٪)، إنسانيون (٧٪)، نظاميون (٧٪) وهذه النتائج تعنى أن المعالجين النفسيين أخذوا يتحركون قدماً نحو تكامل العلاج النفسى، وفى الحقيقة أن هناك اتجاهين أساسيين فى ذلك هما الإنتقائية الفنية technical eclecticism، ومدخل العوامل الشائع Common factors approach (Wilson, G.T et al, 1996)

١- الانتقائية الفنية (التقنية): وهو أسلوب علاجى يسمح للمعالج أن يستخدم بحرية الفنيات العلاجية المستخدمة فى كل أنواع العلاج النفسى دون أن يكون بالضرورة متقبلاً للإطار النظرى التى تبنى عليه، إنه مدخل عملى يحاول المعالج من خلاله تفادى التصادم بين الأوضاع النظرية المتنافسة، ويعد أرنولد لازروس مؤسس مدخل الانتقائية الفنية. ورغم ذلك فهو يوافق على أن العلاج النفسى لم يصل بعد الى درجة من النمو تسمح بالتكامل بين المفاهيم والفنيات المختلفة فى العلاجات النفسية فى كل موحد. والأغلبية العظمى من فنيات هذا العلاج هى طرق معيارية تشترك مع العلاج السلوكى وقد يرجع ذلك الى أن مؤسس الانتقائية الفنية من المتخصصين فى علم النفس الاكلينكى ومن رواد العلاج السلوكى، واشترك مع جوزيف ولبه فى بعض الأعمال من قبل. كما تستخدم الانتقائية الفنية العديد من الطرق غير اللفظية، وعلى سبيل المثال فإن أسلوب المقعد الخالى المستخدم فى العلاج الجشطلتى قد استخدم من قبل لازروس ليكفية مع أسلوب لعب الدور، وانعكاس الدور لمساعدة الأفراد على تعديل أنماط السلوك اللاتكيفية لديهم.

ولقد طور لازروس (١٩٨١) الانتقائية الفنية من داخل أسلوبه المعروف باسم العلاج متعدد الوسائط (النماذج) Multimodel therapy، وطبقاً لهذا المدخل العلاجى فإن مشكلات المريض تقاس أو تقيم من خلال سبعة وسائل أو جوانب لخصها لازروس فى الكلمة BASIC-ID التى تدل على الحروف الأولى لمجالات القياس حيث ترمز B للسلوك Behavior، A للعاطفة Affect، S للإحساس Sensation، I للتخيل Imageny، C للمعرفة Congnition، I للسلوك البينشخصى Interpersonal behavior، D للعقاقير Drugs (أو للجوانب البيولوجية Biology). ويتطلب العلاج متعدد الوسائط الشامل أن يكون التدخل مطابق لهذه النماذج ومن ثم فإن العلاج متعدد الوسائط يهدف الى تغيير السلوك المضطرب والمشاعر والأحاسيس السلبية والصور العقلية للذات والجوانب المعرفية غير المنطقية واكساب المسترشد المهارة فى تكوين علاقات اجتماعية ومجتمعية طيبة، ومساعدته على تحسين الحالة البيولوجية وفيما يلى وصف بروفيلى لحالتين أحدهما تعانى من القلق والأخرى من الاكتئاب وأهم العلاجات المقدمة طبقاً لقاعدة BASIC-ID.

مجال الاضطراب	الحالة: مريض يعانى من القلق والهلع عمره ٤٠ سنة	الحالة: مريض بالاكتئاب عمره ٣٣ سنة	العلاج
١- السلوك B	التجنب المرضى، فقد التحكم، البقاء فى الفراش عند ارتفاع القلق (التظاهر بالمرض)	انسحاب، تجنب- عدم نشاط تأخر الحديث، إهمال المظهر الشخصى، بكاء - تعبيرات وجهيه حزينة	الانطفاء-الغمر- الاشراط المضاد-التخلص التدريجى من الحساسية- التعزيزية والعقاب
٢- العاطفة A	الانزعاج والقلق، الذعر، نوبات من الاكتئاب	اكتئاب (اغتمام)، تأثم - تجريم للذات - عداء للآخرين	التنفيس الانفعالى فى وجود علاقة مساندة،

		وأحياناً خوف وقلق وغضب وتهيج	واستعادة المشاعر والتعبير عنها.
٣- الإحساس S	مغص، صداع، دوخة - خفقان القلب، التوتر العضلى، التخدر (فقدان الحس)، الرجفة أو الارتعاش، جفاف الحلق، زيادة ضربات القلب.	إحساس بالثقل - وخلط الاحاسيس - بطء الاستجابة - قلة النشاط - توتر - ألم عضلى	تحرير التوتر من خلال التغذية البيولوجية المرتدة، الاسترخاء والتدريبات البدنية.
٤- التخيل I	تخيلات باليأس، وتصور لذاته عاجزه عن مواجهة الأحداث، وفقد التحكم، والفشل، وذكريات تدور حول موت الأب، ومراسم الجنازة، وتخيله بانه سيموت فى الرابعة والأربعين مثل والده.	تخيلا بالموت وصور الرفض الأسرى وفقدان الأمل واليأس.	تغيير صورة الذات، وتنمية التخيلات المتعلقة بالمواجهة الايجابية للمواقف والضغوط.
٥- المعرفة C	مبالغة لإى تقييم الاشياء، وانشغال البال بالموت والاحتضار، والاعتقاد بأنه محكومة من خارج	حديث ذاتى حول فشل سابق، وتقريرات ذاتيه حول عدم القدرة على توكيد الذات	إعادة البنية المعرفية، وزيادة الوعى بالأحداث السابقة فى علاقتها بالأعراض

	ذاته، وأنه من المهم الى أقصى درجة أن يسعد الأخرين		الراهنة
٦- السلوك البينشخصى I	التوحد البالغ مع الأب	السلبية وعدم القدرة على توكيد الذات	النمذجة، التقبل غير المشروط (الاعتبار الايجابى غير المشروط)
٧- البيولوجى أو استخدام العقاقير D	تعاطى مهدئات - القولون العصبى - تدخين حوالى ٢٠ سيجارة يومياً، تفاعلات جانبية للتوفرانيل	سبق العلاج بمركبات ثلاثية الحلقات وتم تغييرها الى دواء أخر	التمرينات الرياضية، والتغذية، والإقلاع عن العقاقير، والأدوية النفسية المناسبة

ويتخلص دور المرشد أو المعالج هنا فى المساعدة على تحديد المشكلة والسلوك الراهن فى ضوء الأبعاد السبعة للشخصية، وتكوين علاقة إرشادية طيبة مع المريض واستخدام أساليب علاجة متعددة تختلف باختلاف الافراد ومشاكلهم، وإعطاء المريض واجبات منزلية تساعده على حل المشكلة وأخيراً تقويم العلاج (محمد محروس الشناوى: ١٩٩٤)، وتتراوح مدة العلاج من ٢٠-٥٠ أسبوع بواقع جلسة أسبوعياً.

٢- مدخل العوامل الشائع: يعتبر كل من جولد فريد وكاستنجواى Goldfried & Castonguay, 1992 أن مدخل العوامل الشائع هو نوع من العلاج النفسى التكاملى. ويصورون هذا النمط العلاجى على أنه ذات مستويات مختلفة من التجريد أو إزالة الأفكار الغامضة والخاطئة واللاعقلانية abstraction ويشمل المستوى الأعلى منها كل إطارات العمل النظرية، أما المستوى الأدنى فيشمل

فنيات علاجية محدده. ويرفض المتخصصون فى كل من المستويين المتطرفيين (المرتفع والمنخفض) ويقترحون بدلاً من ذلك مستوى يقع بين النظرية والتطبيق أطلق عليه الاستراتيجيات الاكلينيكية Clinical Strategies وذلك بغرض الوصول الى اتفاق جماعى بين المداخل المختلفة. ومن أمثلة الاستراتيجية الاكلينيكية التى يحتمل أن تكون شائعة بين كل التوجهات النظرية هى تزويد المريض بخبرات انفعالية جديدة وصحيحة. وعلى سبيل المثال: العلاج السلوكى يركز بوضوح على الحاجة الى أساس للأداء، وخبرات تعليمية مُصححة، ويقترح جولد فريد وكاستجواى أن المداخل الأخرى تستخدم خبرات تعليمية مصححة Corrective كذلك.

ويوافق المعالجون السيكوديناميين على أهمية اكتساب خبرات تعليمية جديدة ولكنهم يختلفون مع المعالجون السلوكيون حول أى الخبرات تكون علاجية. فى العلاج السيكودينامى تحدث خبرات التعلم الحاسمة خلال العلاقة العلاجية أثناء تطور، والعمل من خلال التحول، وحتى فى هذه الحالة يوجد اشتراك أو نقطة اتفاق بين السيكودينامية والعلاج السلوكى/المعرفى. حيث يرى المعالجون السيكوديناميين أن التحول يسمح لهم باكتشاف صراعات الطفولة المكبوتة لدى المريض ومن ثم يساعدونه على حلها، أما المعالجون المعرفيون فيهتمون بإطار معالجة المعلومات، وربما يؤدى وصف عملية التحول الى تقديرها وقياسها وتغيير العمليات المعرفية/العاطفية المسئولة عن مشكلات المريض، والمعالجون السلوكيون يرون أن علاقة المعالج بالمريض تبرز المثيرات التى تستدعى القلق التى ترتبط بالقضايا البينشخصة التى يتعرض لها المريض.

وتوجد وجهتان نظر متباعدتان حول مدخل العوامل الشائع:

الأولى: ترى أن هناك نقاط التقاء واتفاق عديدة تزودنا بأساس يمكن من خلاله بناء أو تأسيس أكثر من نظام انتقائى وتكاملى للعلاج النفسى وهذه وجهة نظر جولد فريد وكاستنجواى.

الثانية: ترى أن الاتفاق الجماعى فى الرأى على الاستراتيجيات التى تم تحديدها بواسطة جولد فريد وغيره محدودة بالجوانب السطحية وغير المتعمقة للعلاج. وطبقاً لوجهة النظر هذه فإن لدى الاكلينيكيين وجهات نظر متباينة بوضوح حول القضايا الأساسية وهو ما يعنى أن تحقيق التكامل بين الصور المتنوعة للعلاج النفسى

ربما تفشل على الأقل فى الوقت الراهن. وقد ركزت مداخل بديلة على تطوير طرق تتميز بالثبات والفعالية والقابلية للتحقق من التغيرات العلاجية داخل كل نظام فردى . وبمجرد أن يتم ذلك سيكون من السهل تحديد أى العناصر من المداخل المختلفة مؤهل لتحقيق التكامل فى إطار علاجى شامل.. (Wilson, G.T, et al, 1996)

ثالثاً: العلاجات النفسية الجماعية:

أ- العلاج الزواجى: ما من يوم الا ويذهب العديد من الأزواج والزوجات فى كافة أنحاء العالم الى المرشد أوالمعالج النفسى ليساعدهم فى تجاوز مشكلاتهم الزواجية، ليس فقط لأن المشكلات الزواجية تحدث بفعل تأثير بعض العوامل الأخرى كالاكتئاب أو تعاطى الكحولات والمخدرات، ولكن لأن الناس يلجأون للمعالجين الزواجيين Marital therapists ليساعدونهم فى الحفاظ على حياتهم الزواجية والأسرية. ونعرض فيما يلى نسبة تفشى أو انتشار المشاكل الزواجية وتأثيرها، وذلك بغرض توضيح أهمية العلاج الزواجى:

نسبة شيوع وتأثير المشكلات الزواجية: من بين كل الصعوبات التى يواجهها الناس يأتى الطلاق والانفصال فى المرتبة الثانية والثالثة على التوالى، ويعدان أكثر ضغوط الحياة ذات الأثر فى حياتهم ولا يتفوق عليهما فى هذا الأثر سوى وفاة القرين كما تشير الى ذلك قائمة هولمز وراه Holmes & Rahe 1967، فنصف النساء المكتئبات اللاتى يبحثن عن العلاج على الاقل لديهن صعوبات زواجية ذات تأثير سلبى على حياتهن، كما أن معظم الأزواج الذين يعانون من مشكلات جنسية (مثل تدنى الرغبة الجنسية، والعجز الجنسى الموقفى، والعجز الوظيفى فى الوصول الى هزة الجماع) لديهم اضطرابات زواجية، أضف لذلك أنه إذا كان أحد الزوجين لديه مشكلات الاعتماد او إدمان الكحول أو المخدرات فإنه لا محالة سوف تظهر تصدعات زواجية واضحة، وفى بعض الحالات قد تنشأ الاضطرابات الزواجية من مشكلات أخرى مثل الفصام، وربما تؤدى الى المشكلات النفسية المذكورة سابقاً كالاكتئاب، أى أن العلاقة بين المشكلات الزواجية والاضطرابات النفسية علاقة سبب ونتيجة معاً، بحيث يمكن تمثيلها بنظرية العجلة المستديرة Wheel theory حيث تؤدى المشكلات الزواجية الى اضطرابات نفسية تزيد بدورها من حدة هذه الاضطرابات أو تؤدى الاضطرابات النفسية الى مشكلات

زواجية وتزيد بدورها من حدة هذه الاضطرابات وفى كلا الحالتين تستمر العجلة فى الدوران. ونتيجة الوعى بذلك أخذ الباحثين على عاتقهم مسئولية تطوير العلاج الزواجى كعلاج أولى أو كعلاج مساعد مع العلاجات الأخرى.

للطلاق والانفصال نتائج واسعة الانتشار فى العديد من المشكلات الاجتماعية ومشكلات الصحة العقلية، وعلى سبيل المثال فقد أصبح الاكتئاب والانتحار بين المراهقين وصغار الراشدين أكثر أنتشاراً اليوم عما كان عليه من قبل، ويعتقد الباحثون فى مجال دراسات الاكتئاب أن أحد أسباب الزيادة هو ارتفاع نسبة الطلاق وانخفاض المساندة الأسرية. وتقدر الإحصائيات فى المجتمعات الصناعية مثل أمريكا، وأستراليا، وكندا، وفرنسا، وإيطاليا، واليابان، أن حوالى ٢٥٪ من الأطفال يعيشون مع أحد الوالدين دون الآخر، وترتفع هذه النسبة بين أسر الزنوج إلى ٥٥٪.

كما ترتبط المشكلات الزواجية أيضاً بتناقص وإضطراب الوظيفة البيولوجية، فطبقاً لعدد من الدراسات، يبدو أن كل من الطلاق وتفسخ العلاقات الزواجية يؤديان إلى انخفاض فى مناعة الجسم، حيث يفترض العديد من الأطباء أن العدوى بالأمراض تزداد إذا كان هؤلاء الأزواج يتعرضون لضغوط حادة ولمدة أطول من الزمن، وربما تكون النتيجة الأكثر أهمية أن النساء والرجال المتزوجين يعيشون عمراً أطول عما يحياه غير المتزوجين، كما وجد فى دراسة على عينة عددها أكثر من إحدى عشر ألفاً بأن الزواج يحمى المتزوجين من العديد من المخاوف وعواصف الحياة، فالمتزوجون وخاصة الرجال أقل استهلاكاً للكحول والسجاير من غير المتزوجين، وأكثر دخلاً ويعدون كذلك أكثر نضجاً من الناحية الأخلاقية عن غير المتزوجين، وفى دراسة تتبعية على ١٥٠٠ من هذه العينة أوضحت أن عدم الاستقرار الزواجى يؤدى الى الموت المبكر (فى الرشد المبكر أو المتأخر). (Friedman et al, 1995)

ويعتقد بعض الباحثين أن الزواج ذات نفع وفائدة أكثر للرجل منه للمرأة حيث أدعى عالم الاجتماع بيرنارد Bernard, j. 1972 أن الزواج أمراً مفيداً بالنسبة للرجل وضاراً فى نفس الوقت بالنسبة للمرأة، وما زال البعض فى دهشة من هذا الرأى. وقد بنى أراءه هذه على اعتقاده بأن النساء المتزوجات اللاتى يقمن فى بيوتهن ولا يعملن بغرض رعاية أطفالهن يشعرن أنهن قد وقعن فى شرك

الزواج، والبعض يعتقد أن الزواج وسيلة الرجل للحصول على وجباته الغذائية، وملابسة المغسولة والمكوية، وأولادة المنشأين، وحتى ونحن فى العقد الأخير من القرن العشرين مما زالت النساء تؤدى فى المنزل ضعف ما يؤديه الرجال من أعمال، ولكن لا شك أن على الرجال مهام أخرى.

علاج المشكلات الزواجية والعلاقات الأسرية:-

يهدف العلاج الزواجى الى مساعدة الأزواج على تحسين تواصلهم، وتطوير إدراكهم بمشكلاتهم، وارتياد المشاعر التى يخبرونها فى تعاملاتهم السلبية، وإحياء الأمل وإعادة إضاءة بعض العلامات المُرضية التى وجدت فى علاقتهم منذ زمن بعيد، فالعلاجات الزواجية او الإرتباطية لا تستخدم مع الأزواج حديثى العهد بالزواج فقط ولكن مع الأزواج المنفصلين أيضاً، واللواطيين والسحاقيين، ويستخدم حالياً مع الأزواج الذين يرغبون فى الانفصال والطلاق بطرق ودية للحد من التأثير السلبى لانفصال الأبوين على الطفل.

قبل البدء فى العلاج الزواجى يبدأ المعالج عادة بمقابلة كل قرين على حده، وهذه الجلسات الفردية تمكن المعالج من الحصول على التوقعات المختلفة التى يحملها كلا من الزوجين نحو العلاقة بينهما، كما أن هذه الجلسات الفردية ضرورية جداً لتحديد ما إذا كان إدمان الكحولات أو المخدرات أو الإساءة للقرين أو الخيانة الزواجية أو غيرها من القضايا يمكن أن تتداخل بوضوح مع العلاج الزواجى، وإذا شكلت أى من هذه القضايا مشكلة فإن المعالج سوف يقترح لها برنامجاً علاجياً جنباً إلى جنب مع العلاج الزواجى، ويتبع الجلسات الفردية قيام المعالج بعقد جلسات مع الشريكين معاً تسمى بالجلسات الزوجية المشتركة Conjoint Sessions، وأحياناً يستخدم المعالج أول جلسة مشتركة للحصول على بعض الإدراك أو الإحساس عن التفاعل بين الزوجين، فيرى كيف يتواصلان معاً، ولكن لسوء الحظ قليلاً ما يرغب كلا الزوجين دائماً فى حضور جلسات العلاج المشتركة، وعدم الرغبة لكلا الشريكين فى المشاركة فى العلاج الزواجى يعكس أحياناً الافتقار إلى الالتزام فى العلاقة بينهما، ومن المعروف أن علاج كل شريك على حدة يكون أقل تأثيراً من علاجهما معاً.

الأزواج الذين يستفيدون أكثر من العلاج الزواجي هم أولئك الذين لديهم بعض الالتزام ليظلا معاً وبعض الحب والحرص على بعضهما البعض، وربما يتم سؤال الزوج أو الزوجة عن رغبته / رغبتها في الاستمرار في الزواج أو إنهائه، وإذا اشترك كلا الزوجين في رغبتها في البقاء معاً يمكن للمعالج مساعدتهما في استجلاء وتوضيح اختياراتهما، وفي جلسات التقدير ذكر أكثر من ٥٠٪ من الرجال والنساء أن مشكلتهم الأساسية هي التواصل، وحوالي الثلث قرروا وجود تناقص الاهتمام بالاتصال الجنسي، وتعارض نمطي الشخصية بينهما، وافتقاد التعاطف والحب الذي يمثل المشكلة الأساسية لدى ١٠٪ منهما (O'leary et al, 1992).

والعلاج الزواجي الذي سوف نعرضه في هذا الفصل يُستخدم لعلاج مدى واسع من مشكلات العلاقات، ويشمل عدم تكرار الاتصال الجنسي، والخيانة الزواجية والاختلاف في الأمور المالية، وأساليب رعاية الأطفال، والدور الجنسي (دور النوع) كما يستخدم العلاج الزواجي عندما يكون أحد الزوجين يعاني من مشكلة عقلية أو نفسية مثل إدمان المخدرات، والاكتئاب، وتوهم المرض، وفي هذه الحالة فإن العلاج الزواجي يهيئ للقرين المضطرب الحاجات الخاصة به لحل المشكلة بطريقة تمكن القرين السوي من المساعده فيها، وقد حقق ذلك نجاحاً كبيراً منذ تطبيقه في عدد كبير من دول العالم في أمريكا وأوربا سواء قائماً بذاته أو [illegible] عرض لأهم صور التغيير [illegible]

بينهما من خلافات ويجدون طرقاً مناسبة لإشباع حاجات كل طرف منهما للآخر.

بعض الأزواج يتجنبون مناقشة ما بينهما من مشكلات، والبعض الآخر يكون غاضب ودائم الانتقاد لكل من حوله وتكون النتيجة زيادة المشاعر السيئة وغير الإيجابية ومن ثم خلق المشكلات، ولذلك يحاول المعالج تشجيع كلا الزوجين على التواصل فيما بينهما من خلال مشاعرهما وإشباع حاجاتهما مباشرة، ويتعلم الزوجين تجنب النقد اللاذع بصفة عامة كقولهم "أنت كسول وتافة" وإحلال هذه الكلمات بغيرها مثل "سأقدر مساعدتك لو استطعت غسل الأطباق معى" وهذا يبدو كاقتراح ورغبة وبديل عن النقد، ولابد أن يتعلم الطرفين التعبير عن مشاعرهما ورغباتهما مثل "أحب أن نقضى معاً سهرة نهاية الأسبوع فى سينما أو مسرح راقص" بدلاً من القول "هل سنظل طوال اليوم جالسين هكذا أمام هذا التليفزيون الملعون حتى فى الأجازة الأسبوعية".

وبمجرد أن يبدأ الزوجين فى مشاركة مشاعرهم ورغباتهم بصورة ايجابية يتعلمان عندئذ التكيف وبعضهما البعض، ويمكن أن يتحول العلاج إلى مهارات حل المشكلات، حيث يشجع المعالج كلا الطرفين على تحديد مشاكلهما والحلول المقترحة التى تشكل حجر الزاوية فى العلاقة، وبعد ذلك يقوم بتقويم الحلول المحتملة ويقرر أيهما أكثر قابلية للتطبيق، وعادة ما يحتاج الزوجان إلى التفاوض للوصول إلى حل وسط على سبيل المثال كأن يقول أحدهما "سأجلس مع الأطفال فى المنزل أثناء وجودك بالعمل على أن أقوم بممارسة لعبتى المفضلة كلما تيسر لى ذلك"، وفى بعض الأحيان يضطرون لاختيار حلول ترضيهم سوياً بشكل جزئى لتجنب اختيار حلول تكون مرضية لأحد الزوجين وغير مرضية للطرف الآخر.

٢- **تغيير الاتجاهات:** الكثير من الأزواج والزوجات غير الراضيين عن علاقاتهم الزواجية يكون لديهم اتجاهات غير عقلانية، وتوقعات غير واقعية عن شريك العلاقة أو عن الزواج عموماً، ومن التوقعات غير الواقعية مثلاً: يجب أن يوافقنى زوجى/ زوجتى على الدوام، وإن لم يفعل فهو لا يحبنى، وأخرى مثل: يجب أن يعلم زوجى/ زوجتى بما أفكر أو أشعر به دون أن أخبره بذلك. كما أن الأزواج والزوجات الذين يعيشون تحت ضغط الزواج غالباً ما يكونوا على قناعة بأن الزواج يجب أن يشبع لهما كل حاجاتهما. وربما يعتقدون أن الصداقة أو

الاهتمامات التى تخرج عن نطاق العلاقة الزواجية تكون مهددة أو مزعجة. ولسوء الحظ فإن بعض الأزواج والزوجات يسهم بشكل متكرر فى ثبات الأنماط السلوكية اللاسوية للطرف الآخر والحكم عليها بأنها ترجع الى سمات ثابته وليست الى عوامل موقفية "أنه على الدوام شخص بخيل" وهذه التصرفات يمكن أن تمحو كل الآثار الجيدة التى يتم اكتسابها خلال العلاج، كما يحث المعالج كل زوج على اكتشاف وتغيير الأفكار والاعتقادات اللامنطقية التى تسبب مشاعر القلق والتوتر، كما يجب على المعالج أن يحاول جعل الطرفين يشاركان فى عمليات استكشافيه يتم من خلالها التكيف مع اتجاهات معينة للقرين ولو لفترة من الزمن، والفكرة الأساسية فى ذلك هى جعل الزوجين يرون كيف أن التغير فى اتجاهاتهم تؤثر على مشاعرهم وسلوكهم.

٣- **تغيير السلوك:** العديد من المعالجين يحاولون مباشرة تغيير أساليب التفاعل اليومية للأزواج. وخاصة الحد من الانتقادات وزيادة التدعيمات الإيجابية والسلوك المرغوب، ولزيادة السلوكيات الإيجابية ربما يجعل المعالج كلا من الزوجين يركز أهتماهه على الآخر لمدة يوم فى وقت ما من الأسبوع أو لمدة أسبوع متواصل ويبدى الحب نحوه من خلال تصرفات يومية. إن مفهوم أيام الحب Love days قد تم تطويره بواسطة فيز وأخرين Weiss et al 1973 وتم توسيعه بواسطة ستيورات Stuart 1980 إلى ما يسمى بأيام العناية/الرعاية Caring days ومازال يطبق من قبل العديد من المعالجين إلى يومنا هذا، حيث يبدى كل قرين العناية والاهتمام بالطرف الآخر من خلال تصرفاته اليومية ومن ثم يبدأ كل من الزوج والزوجة يتحسن فى مشاعرهم نحو الآخر.

الخطوة الأولى فى إجراءات "أيام العناية" أن يقوم كلا من الزوجين بإعداد قائمة بالأشياء التى يجب على الطرف الآخر أن يبرهن على اهتمامه بها، وعادة ما يتم إعداد هذه الخطة لمدة أسبوع، وبمجرد أن يتم الاتفاق على هذه القائمة يؤكد المعالج على أن كل طرف مسئولاً عن تحمل مطالب الطرف الأخر لأيام معينة بصرف النظر عن سلوك الطرف الأخر. وهذه ليست اتفاقية ملزمة للطرفين، فالزوج مثلاً يوافق على عمل أشياء لطيفة للزوجة فى أيام معينة حتى لو فشلت هى فى أداء الأشياء التى يطلبها، فقد يفشل فرد ما فى عمل بعض الأشياء اللطيفة للطرف الآخر محددة فى قائمة أيام العناية لعدة أسباب، ويجب مناقشة هذه الأسباب مع المعالج

خلال الجلسة الأسبوعية، وعندما يقاوم الزوج أو الزوجة عمل أشياء مدونه بالقائمة، فإن على المعالج أن يستغل هذه المقاومة فى استجلاء بعض القضايا كالغيرة، الغضب غير المقموع حول أحداث ماضية، أو الشعور بالأسى والمرارة نحو أطفالهم أو الأطفال من زواج سابق ويتم مناقشة هذه القضايا فى الوقت الذى يتعلم فيه الزوجين التواصل بمزيد من الفاعلية (Wilson, G.T. et al 1996).

فعالية العلاج الزواجي: حيث أن زيادة الرضا الزواجى هى الهدف الأساسى من العلاج، لذلك فإن العلاجات التى تقوم على الاستبصار الموجه والتى تركز على العوامل اللاشعورية التى أثرت فى اختيار القرين وفى الصراعات الزواجية التى حدثت أخيراً لن تكون فعالة. ومن ناحية أخرى إذا ارتكز الاستبصار على أنواع من السلوك يجب تغييرها لتحسين الزواج، فى هذه الحالة فإن العلاج الزواجى سيكون فعالاً فى زيادة الرضا الزواجى. فالاستبصار Insight وحده ربما يكون أكثر فائدة للزوجين إذا انخراطاً معاً فى أنماط تفاعل راهنة تراعى فيها نمط شخصية كل منهما. وفى الحقيقة فإن المقارنة بين نتائج العلاج الزواجى بتوجية الاستبصار insight-oriented marital therapy والعلاج الزواجى السلوكى أوضحت أن العلاج بتوجيه الاستبصار كان أكثر نجاحاً فى الدراسات التتبعية.

وفى معظم الدراسات، يبدأ الأزواج السعى للعلاج بمجرد استقرار شعورهم بعدم الرضا بهذا الزواج، ويعتقدون أن العلاج سوف يحسن من زواجهم ولكنهم يبقون على قناعة بأن العلاقة غير مرضية إلى حد ما. فهل هذا الكم من التغيير كاف لكى يبقى كلا الزوجين معاً؟ من الواضح أنه يحقق ذلك فقد [illegible] وأديز Jacobson & Addis 1993 [illegible] أكثر من [illegible] دراسة ووجدا أن العلاج الزواجى يزيد [illegible] الزواجى [illegible] من المقابلة الأسبوعية مع المعالج، وأصبح [illegible] الأزواج المشاركين فى العلاج الزواجى [illegible] المشاركين فى العلاج حتى [illegible] الاستماع إلى أشرطة [illegible] الأزواج [illegible] مشكلاتهم قد أدى إلى [illegible] شعرها [illegible]

ومن ناحية أخرى [illegible] لم تتغير كثيراً [illegible] أصبحوا [illegible]

سعادة بزواجهم، وبناء على نتائج الدراسات فإن ما بين ٦٠-٩٥٪ من الأزواج والزوجات الذين تلقوا العلاج الزواجي ظلوا متزوجين لعدة سنوات بعد العلاج. وإن كان احتفاظ الزوجين بزواجهما ليس الهدف الأسمى من العلاج بقدر ما يكون الهدف هو تحقيق أكبر قدر من النجاح والسعادة فى العلاقة الزواجية. فى بعض الأحيان يكون الطلاق والانفصال ذات أثار مرغوبة عن استمرار الزواج فى شكل علاقة قائمة ولكنها غير مُرضية، وعلى سبيل المثال إذا كانت هناك إمرأة تتعرض دوماً للإيذاء أو رجل يتعرض دوماً للانتقادات والإذلال، وانتظر كلاهما لتحقيق التغيير دون أن يتم، فإن مثل هذا الزواج لن يكون صحيح من الوجهة النفسية لكليهما، وعلى أية حال فإن الأزواج الذين يرغبون فى البقاء معاً، ويشعرون أن بإمكانهما تحقيق تغير ويسعون لتحقيق ذلك ربما يشعرون بتحسن تجاة ذاتهم وتجاه علاقتهما معاً، كما ثبت بالدليل القاطع أن زيادة الرضا الزواجى يرتبط بانخفاض كل من القلق والاكتئاب.

ب ــ العلاج الأسرى:ــ

الفكرة الرئيسية للعلاج الأسرى هو علاج الأسرة كوحدة متكاملة. وكمثل العلاج الزواجى، فإن العلاج الأسرى يمكن أن يتم بواسطة معالجين ذات توجهات وخلفيات نظرية متباينة. فالافتراض الأساسى هو أن قضايا الأسرة تؤثر على جميع أعضاءها فى مرحلة من حياتهم، ومن المداخل البارزة للعلاج فى صون الأسرة والحفاظ على وحدتها ما يلى:ــ

أولاً:ــ علاج المنظومات الأسرية Family Systems therapy:ــ

المدخل الشائع فى علاج المنظومات الأسرية هو أن المعالج الأسرى يرى الأسرة كنظام دينامى لكل فرد فيها دور أساسى، وهذا يعنى أنه إذا تغير سلوك أحَد أفراد الأسرة فإن النظام الكلى للعلاقات الأسرية يمكن أن يتغير. وفى ضوء هذا الافتراض يصبح النظام الأسرى ككل مركز اهتمام ومحل فهم الأسرة وأعضاءها، ويحاول المعالج أن يُشرك كل أعضاء الأسرة سواء فى جلسات التقييم أو فى جلسات العلاج. ويكون التركيز على العلاقة بين أعضاء الأسرة أهم من التركيز على أحد أفراد الأسرة بعينة إلا أن ذلك يتخلله بعض الصعاب، فبدلاً من الاعتقاد بأن الطفل العدوانى يمثل مشكلة وعلاجه بمفرده، فإن المعالج طبقاً لأسلوب

المنظومة الأسرية يدعو كل أعضاء الأسرة للإلتحاق ببرنامج العلاج وجلساته، لأن الطفل ربما يتأثر باثولوجياً بوحدات الأسرة أو نظامها. وطبقاً لهذا المدخل، فإن المشكلات لا تنبع ببساطة من شخص لآخر مثلاً من الأب للإبن ولكن كل أعضاء الأسرة حتى الأطفال يؤثرون في بعضهما البعض بطرق معقدة.

الأدوار النوعية التي يحددها أفراد العائلة لبعضهم تؤثر على صحتهم النفسية ولنأخذ على سبيل المثال الأم التي ترى نفسها على أنها مجرد راعي أو مشرف Caretaker على أطفالها ربما تبدأ تشعر بعدم الأهمية أوعدم المرغوبية عندما يبدأ طفلها في ترك المنزل أو الاستقلال عن الأسرة، وفي هذه الحالة ربما تسعى لإيجاد دور بديل سواء داخل أو خارج الأسرة، فقد تبحث عن عمل خارج المنزل وهو ما قد يؤدي بدوره إلى توترات بين أفراد الأسرة، ويسعى المعالج الأسرى هنا إلى تجنب اللوم من أي فرد لمثل هذه الأم على مشاعرها. وبدلاً من ذلك يركز المعالج على أن كل فرد في الأسرة أسهم في تشكيل دور الأم خلال العديد من السنوات، وربما يوضح هذا المثال لماذا يطلب المعالج الأسرى من أعضاء الأسرة الاشتراك في الجلسات العلاجية، حيث أن تغير دور الأم سوف يُربك نظام التفاعل الأسرى.

من الطبيعي أن توجد حدود معينة تفصل بين الوالدين والأبناء، ولكن مثل هذه الحدود تصبح غير واضحة عندما يكون أعضاء أسرتين من جيلين مختلفين رابطة وثيقة فيما بينهما ويستثنون عضواً أخر، على سبيل المثال كل من الأم والإبن يمكن أن يتفقوا في أمتعاضهم واستياءهم ضد الزوج/ الأب بسبب حدة طبعة أو ثورات غضبه وإيذاءه الجسدي للإبن، وفي هذه الحالة فإن كل من الأم والإبن سوف يكونون حلفاً في مواجهة الزوج/ الإب الذي يمثل لكليهما في هذه الحالة عدواً مشتركا. وفي المقابل سوف يشعر الأب بمزيد من الأغتراب ويحاول الدفاع عن ذاته والشعور بعدم الدعم أو المساندة، ويصبح أكثر قابلية للاستثارة والغضب، ويبقى هذا النظام قائماً كأسلوب حياة. ومن المشكلات الأخرى التي تتكرر والتي ترتبط بالحدود داخل الأسرة ما يحدث عندما يسعى الوالدين لإنهاء صراعات حادة بينهما قد يضطران لوضع فرد ثالث داخل المنظومة الأسرية ليكون محل نقد وغالباً ما يكون أحد الأبناء وفي هذه الحالة يصبح الطفل عدائياً نحوهما بدلاً من أن

يناقشا المشكلة معاً، فالوالدين يمكن أن يصرخوا فى ابنتهما بسبب بعض الأشياء المحددة على سبيل لأنها لا تقوم بجمع ألعابها بعد الانتهاء من اللعب أو بمضايقة أصدقائها أو لعدم التزامها بالنظام، وقد يلوم الوالدين الإبنة على ما يتعرضون له هم من إحباط ليس لها يد فيه.

وفى جميع الحالات يمكن للمعالج الأسرى أن يجعل من الأسرة وحدة التغيير حتى ولو كان كل واحد منهم يرى الأخر على أنه مصدر المشكلة، ولإنجاز هذا التغير الأسرى عادة ما يتبع المعالج الأسرى عدداً من الاستراتيجيات المتنوعة، الاستراتيجيات المحددة تتباين بتباين وتنوع الجلسات من ناحية واعتماداً على نوع التدريب الذى تلقاه المعالج من ناحية أخرى. وفيما يلى بعض الاستراتيجيات المستخدمة :ـ

١ـ استريتجية إعادة التشكيل أو الهيكلة Reframing: ونعنى بإعادة التشكيل هنا إعادة صياغة المشكلة بطريقة جديدة، فإذا احتجت إلى مساعدة من المعالج الأسرى، فأنه سوف يطلب منك ومن بقية أفراد الأسرة ان تعطيه صورة جديدة أو إعادة تشكيل المشكلة التى توجد فى إطار الأسرة. وسوف يعيد المعالج الأسرى مشكلة كل فرد فى ضوء مشكلة الأسرة ككل، ويزيل الانتقاد الواقع على الفرد الذى يعتقد أنه سبب المشكلة أو لديه المشكلة، حتى لو كان يعتقد أن أحد أفراد الأسرة يؤذى الآخرين نفسياً، فلن يكون هذا الفرد وحده هو محور العلاج.

إن الهدف الأساسى من إعادة التشكيل هو التقليل (الحد) من النظرة السلبية أو نسب صفة معينة لشخص يعتقد أنه مصدر المشكلة على الدوام، وأنه وحده هو الذى يحتاج إلى المساعدة النفسية، وعلى سبيل المثال قد يعيد المعالج تشكيل غضب مراهق وتصرفاته التى تكون بمثابة تعبير عن عدم الشعور بالأمان وليست عدائية، وبالمثل يمكن للمعالج أن يساعد الأسرة التى تخرج فيها الأم للعمل، موضحاً لهم أن هذا التغير يعكس حاجتها للتطور الذاتى وليست نتيجة رغبة فى البعد عن الأسرة.

٢ـ استراتيجية الصلاحية (سريان المفعول) Validation: ويقصد بالصلاحية تعبير أفراد الأسرة عن رغباتهم ومشاعرهم المفهومة والواضحة، وعلى سبيل المثال فالمراهق الذى يقول لوالده "أنت دائماً تلومنى وتنتقدنى بسبب رجوعى

متأخراً من العمل، وليس لدى حلاً لجدول أو برنامج العمل هذا وتعتقد أننى أتمسح فى ذلك الأمر، فهل لو جلست فى المنزل ستعطينى النقود التى أحتاجها" ولصبغ مشاعر هذا الصبى بالصبغة الشرعية ربما يحاول المعالج الأسر ى التوصل إلى فهم أفضل بقوله "يبدو أنك الآن لا تأخذ ثمن وجبة الغذاء من والدك لأنك أصبحت تعمل، ولكنه يغضبك عندما ينتقدك على تأخيرك لأنك غير قادر على تحديد الوقت الذى تنتهى عنده من العمل" وبتوضيح هذه المشاعر لهذا المراهق يقوم المعالج هنا بدور النموذج الذى يعلم أفراد الأسرة أن يقوم كل منهم باستجلاء مشاعر الأعضاء الأخرين، وهذا النوع من الفهم ضرورياً للغاية قبل أى محاولة فى تغيير ديناميات الأسرة، ولكن لسوء الحظ، فإن الوالدين يفرضون بالقوة القيود والمبادئ قبل أن يستمعوا حتى إلى الأبناء، ويتساءلون لماذا لم يفعل أطفالهم ما هو متوقع منهم.

٣- **استراتيجية التواصل: Communication:** فى العلاج الأسرى يضع المعالج الأسرى خطوطاً إرشادية للتواصل مع التعبيرات الانفعالية. تظهر المشكلة عندما يفترض أعضاء الأسرة أنهم يعرفون رغبات ومشاعر كل منهم جيداً، وهذا النوع من الإفتراض يسمى بقراءة الأفكار Mind Reading ويتم التعبير عنها بعبارات تبدأ بقولهم "أنت تشعر ... أو أنت تجعلنى ... وعلى سبيل المثال نفرض أن طالباً يتشاجر مع والديه ويقول لهما هذه العبارة "أنتما تعتقدان أننى كسول ومتطفل عليكما وسكير وأنام حتى الظهر" وبدلاً من أن يعبر عن كل هذا الغضب والغيظ مباشرة يفترض أنه يعرف مشاعر والديه ويلومهم عن هذه المشاعر، ولكن بمساعدة المعالج يستطيع أن يعيد التعبير على ملاحظاته بأسلوب مقبول، كأن يقول "أننى غاضب لأن لدى شعوراً أنكم تعتقدون أننى فشلت فى دراستى وأننى أبقى خارج المنزل لكى أسكر" ولابد أن تعرفوا أننى أظل أعمل حتى الساعة الثالثة أو الرابعة صباحاً فى مطعم. وكما تشاهد فإن إعادة صياغة هذه العبارات بهذا الشكل يجنبنا قراءة الأفكار، وبدلاً من إجبار والديه له على الاستجابة بشكل دفاعى، فإن إعادة الصياغة سوف تجعل استجابتهما أكثر قرباً إلى التعاطف أو المشاركة الوجدانية.

أما الخط الإرشادى الثانى للتواصل فيتضمن ما يطلق عليه تمرينات الصراع النظيف Fair-fighting، وهذه التمرينات يمكن تخصيص وقت محدد لها بشكل يمكن من خلاله أن تنساب مشاعر أعضاء الأسرة، وخلال هذه الفترة يمكن أن يكون أحد

أعضاء الأسرة هو الذى يتحدث بصوت عالى، فى حين يبقى الآخرون يستمعون.

كما يقوم المعالج بتعليم أفراد الأسرة بشكل فردى تحليل لماذا يستمعون رسائل معينة ترسل من قبل أفراد أخرين بطرق ربما تكون غير مقصودة، كما يطلب المعالج من الأفراد أن يميزوا بين النية أو القصد Intent من هذه الرسائل وما تحدثه من وقع Impact، وعلى سبيل المثال: فإن ما يبديه الوالدين من ملاحظات على إبنها المراهق مثل: لماذا تتاخر عند العودة ليلاً؟. التى قد يكون لها تأثيرات متباينة أكثر بكثير مما يقصده الوالدين، فنبرة صوت الأب مثلاً ودرجته (عالى أو منخفض)، وكذلك إدراك المراهق للنيه أو القصد من السؤال يمكن أن تؤثر بشكل درامى فى حدوث الفجوة بين قصد ونية الأب ووقعة أو تأثيره علىالمراهق.

٤ـ استراتيجية التعليمات المتناقضةParadoxical Directives: يستخدم المعالج استراتيجية التعليمات المتناقضة فى تحديد ووصف الأعراض، فقد لاحظ سلفادور مينشن .Minuchin,S أن المعالجين للأسرة استخدموا هذه الاستراتيجية فى تخطيط جلسات العلاج لأسرة لديها فتاه عمرها ١٣ سنة تعانى من فقد الشهية العصبى Anorexia nervosa، كما كانت الفتاه ووالديها وإخوتها يلتحقون بجلسات العلاج، حيث اقترح مينشن أن تقوم الأسرة بتناول الغداء وأن يلاحظ هو علاقتهم ببعض البعض. وبدلاً من إجبار هذه المراهقة على الأكل حاول مينشن مساعدتها لكى تشعر بالتحكم فى بعض أجزاء من حياتها غير الأكل، لقد قام بتنظيم الأسرة بالكامل فى وجود الفتاة، حيث صرح لها بالأكل حتى لو كان من المفروض ألا تأكل، وفى هذا الاتجاه توجد أيضاً توجيهات ضمنية لأسرة هذه الفتاة بألا تخاطبها أو تتحدث معها فىموضوع عدم الآكل (بالطبع قد تكون التوجيهات المتناقضة خطرة فى بعض الأحيان) وفى مثل هذه الحالة الراهنة، يجب أن يقيم الطبيب الحالة الصحية للفتاة وأن يتأكد أنها ليست فى خطر، ويفاجئ العديد من العملاء بأثار التوجيهات المتناقضة عندما يتم اختيارها بعناية، فهى تزيل حاجة المريض لأن يكون لديه مشكلة (مثل ألا يآكل أو يتشاجر)، وتعد استراتيجية التوجيهات المتناقضة فعالة مع المراهقين وصغار الراشدين المقاومين للشفاء وخاصة من الذين يعانون من مشكلات التسويف (المماطلة)، الأرق، وقضم الأظافر.

٥ـ علاج التركيبة الأسرية Structural family therapy: لم يلقى العلاج الأسرى تقييماً صارماً كما تعرضت الطرق الأخرى للعلاج مثل العلاج الزواجى والعلاج الفردى، ولكن من الثابت أن له فعالية واضحة عندما يكون أحد أفراد الأسرة مدمن أو يسئ استخدام العقاقير والمخدرات، وعلى سبيل المثال قام ستاتون وتود Staton & Todd (1982) بتقييم علاج التركيبة الأسرية الذى يعد نوعاً من علاج المنظومة الأسرية، كعلاج مُكمل لبرنامج علاجى معيارى للإدمان بإحدى المستشفيات، وتكون برنامج العلاج المعيارى أو التقليدى من إزالة السموم، والمحافظة على معدل الميثادون، والإرشاد النفسى والمهنى للمدمن، وبعد ستة شهور من العلاج كانت المجموعة التى تلقت علاج التركيبة الأسرية جنباً إلى جنب مع العلاج التقليدى أكثر التحاقاً بالعمل وأقل استخداماً للعقار من المجموعة التى تلقت العلاج التقليدى فقط، وبالإضافة إلى فعالية علاج التركيبة الأسرية فى حالات الإدمان، فقد ثبتت فائدته فى علاج الأفراد الذين يعانون من فقد الشهية للطعام، والشره العصبى وأنواع معينة من مرضى السكر (Nichols & Schwartz, 1991)

وتفترض المراجعات الأولية عن فعالية العلاج الأسرى أن ما بين ٦٥-٧٦٪ من كل العملاء أو المرضى الذين تلقوه أظهروا درجة مناسبة من التحسن، غير أن هذه المراجعة تمت لدراسات استخدمت دراسة الحالة، كما أن هذه الحالات التى عولجت لم تقارن بمجموعات ضابطة، ولذلك فإن هذه الدراسات تمدنا فقط بأدلة إفتراضية. ومن ناحية أخرى ففى دراسة قام بها ماركس وأخرون Markeus et al 1990 اثبتت من خلال الأدلة الإحصائية أن العلاج الأسرى أكثر فعالية من العلاجات البديلة (عادة العلاج الفردى) أو العلاجات الأقل مستوى أو الحالات التى تبقى بدون علاج، كما أوضحت نتائج هؤلاء الباحثين أن نتائج العلاج الأسرى بقيت هى الأفضل لمدة عشر شهور بعد العلاج مقارنة بالعلاجات البديلة. وفى سنة ١٩٩١ قام سيزبوزنيك وآخرون (Szapocznik et al, 1991) بتطوير مقياس تقرير التركيبة الأسرية Structural family Rating Scale للتقييم الوظيفى لوحدة الأسرة ككل، وتقيس هذه الأداة انخراط أفراد الأسرة فى ثلاث مهام: التخطيط

للوجبات، ما يفعله أعضاء الأسرة الآخرين ليسعد أو يثير استياء كل فرد فيها، استعادة وتقييم المناقشات الراهنة داخل الأسرة. ويستطيع المتخصصين من مجالات مختلفة الحصول على الموافقة باستخدام مقياس تقرير التركيبة الأسرية، كما يستخدم فى العلاج مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة ويعانون من مشاكل سلوكية وانفعالية، كما أن للمقياس حساسية للتغير، وبتحديد أكثر فإن أداة القياس توضح أن الأولاد الذين تلقوا علاج التركيبة الأسرية قد حققوا تغييراً أفضل من الأولاد الذين تلقوا علاجاً نفسياً فردياً، وعن المجموعة الضابطة الذين شاركوا فى القيام بأنشطة إبداعية.

ثانياً: العلاج بحل المشكلات Problem-solving therapy: يمثل التدريب على حل المشكلات المدخل العلاجى الثانى الموجة لإحداث التغيرات الأسرية ويمتاز علاج حل المشكلات بتركيزه على الأهداف أكثر مما يركز عليها علاج المنظومة الأسرية، وعلى الرغم من أن كلا المدخلين يعالجان الأسرة كوحدة متكاملة ويسعيان إلى تغييرها، فإن تغيير التواصل أو السلوك لاثنين فقط من أعضاء الأسرة (كالأم والإبنة) أو لواحد فقط منهم (مثلاً أحد الأطفال أو أحد المراهقين) يعد هدفاً مرغوباً فى علاج حل المشكلات. وقد راجعا روبن وفوستر Robin & Foster, 1988 علاجات حل المشكلات لأسر لديها صراعات بين الأب والإبن المراهق ووجد أنه مفيد فى تغيير كل من نمط التواصل، والتقريرات الوالدية عن المشكلات السلوكية للمراهقين، وتقريرات المراهقين عن شعورهم بالعدائية من قبل الوالدين وانتقاداتهم. ويُبنى مدخل حل المشكلات على قواعد علاج المنظومة الأسرية ولكنه يركز بشكل جزئى على حل المشكلات والتواصل. ويتضمن مدخل حل المشكلات على إرشاد أو توجيه للأسرة من خلال أربعة أطوار أساسية هى:-

١ـ تحديد المشكلة.

٢ـ إيجاد حلول بديلة للمشكلة المحددة قبل أن ينتقد أفراد الأسرة هذه الحلول (وهو ما يعرف أحياناً بالفكرة العابرة brainstorming)

٣ـ تقيم الحلول البديلة.

٤ـ تنفيذ أفضل الحلول المناسبة.

وفى هذا المدخل، يستخدم المعالج مهارته الاكلينيكية فى مساعدة الأسرة على خفض الصراعات الانفعالية الحادة من خلال حل المشكلات. وعلى سبيل المثال، نفرض أن زوجاً أو زوجة أخبر المعالج أن مشكلته تتمثل فى أن إبنه المراهق أصبح ينقاد خلف رفاق السوء، وأضاف الأب بنغمة صوت تدل على العدائية "أعتقد أنه أصبح فتى ضال / ضائع" ورد الإبن عندئذ رد غير لائق بقولة "لن أكون ضائعاً أكثر منك عندما تأتى إلى المنزل سكران من حفلات القمار". عند هذه اللحظة على المعالج أن يتدخل بسرعة ليوقف هذا النقاش المتصاعد وأن يساعد الأسرة على تفهم أنماط التواصل المضطربة فيما بينهما، وفى هذه الحالة على سبيل المثال يقوم المعالج بالإشارة إلى ميول كل من الأب والإبن إلى المغالاة فى انتقاد كل منهما للآخر دون تحديد للمشكلة أو النظر فى سبل حلها. وهنا ربما يساعد المعالج الأب أن يوضح بشكل لفظى ما يجب أن يركز عليه فيما يتعلق بمشكلة الإبن، كأن يأتى إلى المنزل متأخراً، أو يفشل فى أداء الواجبات المنزلية، أو خوفه من أن ينحرف سلوكياً فيسرق أو يزنى او ما شابه ذلك، وربما يحاول المعالج تحديد المشكلة من خلال فرصة مواتية أو مناسبة مع الإبن "أمى وأبى لا يتعاملون جيداً مع أصدقائى ولا يرحبون بهم وينتقدونهم على الدوام، ولو تقربوا لنا لعرفوا أنهم أولاد ممتازين". وبعد تحديد المشكلة، تكون الخطوة التالية هى تقديم الحلول البديلة، حيث يقوم المعالج بتشجيع الأب والإبن على إمكانية تحقيق الأفكار العابره، فربما يوافق الإبن على أداء واجباته المنزلية، ويكف عن الخروج المتكرر مع أصدقاؤه، وأن يرحب الأب والأم بأصدقاؤه فى المنزل وأن يدعوهم للجلوس مع الأسرة وتناول العشاء معهم للتعرف على طباعهم وأخلاقهم وبعد فترة المحاولة هذه التى تشتغرق ثلاث شهور مثلاً يتحرك الأب والإبن إلى الخطوة الثالثة وهى تقييم الحلول البديلة أو المقترحة، وبناء على هذا التقييم يتم اختيار أفضل الحلول وتنفيذها.

وقد ساعدت علاجات حل المشكلات عند تطبيقها فى المجال الأسرى على

تحسين الأداء الوظيفى والمهارات الاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والفصام، ففى أحد تدخلات العلاج الأسرى، قام فالون وأخرين Fallon et al 1985 بعلاج مرضى الفصام كأعضاء فى وحدة أسرية، وركزوا على أن مريض الفصام لا يجب أن ينظر له على أنه فاقد الأهلية، وتعاملوا مع حاجات المريض فى سياق نظام الأسرة ككل. كما تم تدريب أسر الأشخاص المرضى بالفصام على حل المشكلات بطريقة تركيبية على النحو الآتى:ـ استخلاص الحلول الممكنه، اختيار الحلول العملية، وإعداد خطة تفصيلية. وعلى العموم فإن العديد من البرامج الناجحة التى ساعدت أسر مرضى الفصام تشترك فى العناصر الآتية:-

١- إعطاء الأسر معلومات حول طبيعة الاضطراب.

٢- مساعدتهم على مواجهة مشكلات الأشخاص الفصاميين.

٣- خفض الصراعات داخل الأسرة.

وفى العديد من الدراسات التى زاوجت بين العلاج الأسرى والعلاج الطبى كان حوالى ١٠٪ فقط من مرضى الفصام الذين تم علاجهم يلتحقون ثانية بالمستشفى خلال تسعة شهور بعد العلاج، وعلى العكس من ذلك، كانت نسبة الأفراد فى المجموعة الضابطة الذين تلقوا علاج تدعيمى فردى وعلاج طبى الذين عادوا مرة أخرى للمستشفى خلال نفس الفترة (٩شهور) ما يقرب من ٥٠٪ من المرضى.

التكامل بين العلاج الأسرى والعلاج السلوكى:

أحياناً تصبح بعض استراتيجيات العلاج السلوكى أكثر فعالية عند دمجها مع العلاجات الأسرية. فمنذ فترة بعيدة نسبياً طور الكسندر وبارسونز Alexander & Parsons 1973 مدخلاً سلوكياً / نظامياً System-behavioral للتعامل مع الأطفال الجانحين وأسرهم، وتم تطوير هذا النموذج من منظور سلوكى مع التركيز على استراتيجية الانضباط الوالدى، وأصبح قوة مسيطرة فى التكامل بين المداخل العلاجية المختلفة. المنظور النظامى أضاف وجهة النظر القائلة بأن الجانحين ووالديهم يسعون بنشاط إلى التغيير أو التأثر كل منهما بالأخر، ومن

خلال هذا المنظور، حاول المعالج مساعدة الأسر فى التعرف على وظيفة أو قيمة السلوك التكيفى فى إطار الأسرة.

بالنسبة لبعض المشكلات، يبدو أن كل مدخل يؤثر على سيطرة سلوكيات واتجاهات متباينة، ولنفرض أن هناك دراسة تقارن بين ثلاث طرق مختلفة للعلاج الأسرى للطفل المُهمل والذى يتعرض للإساءة:

١- برامج العلاج السلوكى التى تبنى على التدريب الوالدى.

٢- مداخل العلاج الأسرى.

٣- نوع من التكامل بين برامج العلاج السلوكى التى تبنى على التدريب الوالدى من جهة، ومداخل العلاج الأسرى من جهة أخرى.

أوضحت الدراسة أن برامج العلاج السلوكى التى تقوم على التدريب الوالدى كانت أكثر فعالية فى خفض مشكلات اجتماعية معينة لدى الطفل، أما العلاج المنظومى فكان أكثر فعالية فى إعادة تركيب العلاقات بين الطفل ووالدية، أما الأسر التى تلقت كلا النوعين من العلاج فقد جنت كل هذه الفوائد كما انخفضت لديها بشكل عام التوترات وقلت المشكلات النفسية بين الأبناء (Brunk, et al, 1987)

كما أثبت العلاج الأسرى فعاليته مع الفقراء من الناس والذين يجدون صعوبة فى تحقيق العلاج الناجح وعلى سبيل المثال ـ وهو ما يعد مفاجأة للعديد ـ فى أحد الدراسات التى أجراها هنجلر ورفاقه Henggler et al 1992 كان العلاج الأسرى فعالاً فى علاج المجرمين الخطرين من الصبية فى وسط مدينة شارلستون بولاية كارولينا الأمريكية، فقد كان لهؤلاء الشباب متوسط عدد مرات اعتقال سابقة ٣,٥ مرة، ٥٤٪ منهم لديه على الأقل اعتقال بسبب جريمة عنف، وتم مقارنتهم بحالات التدخل العادى الذين تُعلق عقوبتهم ويترددون على مكتب الشرطة مرة شهرياً، واتضح أن العلاج الأسرى يؤدى إلى اعتقال أقل، وخفض التقريرات الذاتية التى تدل على الاعتراف بالذنب أو وصف نفسة بالمجرم، وقللت من مدد الحبس.

وكانت جلسات العلاج الأسرى تتم فى منزل العميل، واستغرقت حوالى أربعة شهور، واستنفذ المعالج حوالى ٣٣ ساعة مع كل حالة، وكثيراً ما كان المعالج يتصل بالعميل تليفونياً إذا لزم الأمر ذلك. وكانت التكلفة الإجمالية للحالة ٢,٨٠٠ دولار فى حين وصلت تكلفة الحالة فى إحدى المؤسسات العلاجية فى نفس العام (١٩٩٢) وفى نفس الفترة الزمنية فى كارولينا الشمالية ١٦,٣٠٠ دولار.

العلاج الجماعى: Group therapy

هو مدخل للعلاج يعتمد على مقابلة مجموعة صغيرة من الأفراد للحصول على مساندة متبادلة وتوجية فيما يتعلق بالمشكلات السيكولوجية، وعلىالعكس من العلاج الأسرى، عادة ما يتم العلاج الجماعى لأفراد لا يرتبطون ببعضهم البعض، بعض المجموعات تتم قيادتها وعلاجها بواسطة متخصصين فى الصحة النفسية، أو علماء الدين فى حين يعتمد آخرون على المساعدة الذاتية (وهذه يتم تنظيمها وتنفيذها من قبل أعضاء الجماعة)، وتشتمل مداخل المجموعة الصغيرة على المدمنين المجهولين، والمقامرين المجهولين وغيرهم من مجموعات المساعدة الذاتية، بالإضافة لذلك فإن العديد من البرامج لمدمنى المخدرات تركز على علاجات المجموعةالصغيرة. وعلى الرغم من أن البرامج المشار اليها جميعها تعالج مشكلات المدمنين فإن مُدخلات المجموعة الصغيرة تستخدم كل أنماط المشكلات النفسية، وعلى سبيل المثال يستخدم العلاج الجماعى للتدريب على السلوك التوكيدى والمهارات الاجتماعية، وفى التدريب الوالدى وتدريب الأزواج على التواصل، كما طبق نظام مجموعات المساندة بفاعلية فى العقود الأخيرة فى علاج الأمراض الجسمية الخطيرة كالسرطان، وأمراض القلب، والإيدز، والفشل الكلوى. ووفقاً لإحدى الدراسات المسحية أتضح أن عدداً كبيراً من الأمريكين يشتركون فى نوعاً ما من العلاج الجماعى بدرجة تفوق اشتراكهم فى الأنواع الأخرى من العلاج، فحوالى ٥٪ شاركوا فى مجموعات المساعدة الذاتية، والمساندة مثل الكحوليين المجهوليين، ٦٪ شاركوا فى علاج جماعى يتم تحت إشراف متخصصين فى الصحة النفسية، ٥٪ شاركوا فى علاج جماعى يتم بواسطة علماء الدين.

ويعد العلاج الجماعى أكثر العلاجات شهرة ويرجع ذلك إلى أنه أقلها تكلفة

فالاشتراك فى جماعات الكحوليين المجهولين، والأباء المجهولين والمقامرين المجهولين مجانية، كما أن تكلفة الاشتراك فى العلاج الجماعى الذى يشرف عليه متخصصون فى الصحة النفسية تعادل ثلث تكلفة العلاجات الأخرى، أصف لذلك أن المداخل الجماعية تساعد الأفراد الذين يعانون مشكلات تعد صعبه العلاج بطريقة فردية مثل إدمان الكحول والإساءة للقرين. وعلى العموم فإن العلاجات الفردية لا تستطيع أن تخلق ضغوطاً لتغيير السلوك أكثر مما يفعله العلاج الجماعى، وفى بعض الأحيان يؤدى تواجد الشخص وسط مجموعة من الأفراد يعانون من نفس المشكلات منح الفرد شعوراً بالراحة لا يستطيع المعالج توفيرها للحالات الفردية (Wilson, G.T. et al, 1996)

علاج المجتمعى (الاجتماعى)* Community therapy

فى حديثنا على العلاج الاجتماعى سوف نتناولة من خلال مدخلين أحدهما يتمثل فى الجماعة العلاجية Therapeutic Community وهو برنامج يتم فيما يشبه المنزل بالنسبة للمرضى الذهانيين، بالإضافة لذلك سوف نتناول البرامج الوقائية التى تهدف إلى الحد من المشكلات النفسية او منعها قبل حدوثها فى الجماعة الكبيرة.

١- **الجماعة العلاجية:** خلال الخمسينات والستينات من القرن العشرين ظهرت حالة استياء شديدة بسبب اللامبالاة والكسل التى انتابت المرضى فى المستشفيات العقلية، حيث ذكر جوفمان Goffman 1961 أن المرضى تعلموا أن يكونوا اعتماديين ومنصاعين أو مسلوبين الإرادة، وتحدث عما أسماه بالدور المرضى Sick role، كما قدم بعض الانتقادات حول دور المستشفى فى تعليم المرضى أن يصبحوا غير أكفاء Incompetent عقلياً، ولذلك فإنهم سوف يبقون

---

* فضلت تسميته بالعلاج الاجتماعى "لأن كلمة مجموعة بشرية community فى علم النفس الاجتماعى تعنى جماعات أفراد يعيشون فى تجاور أو تقارب، ويشتركون فيما بينهم فى المصالح والاتجاهات والأفكار مما يؤدى بهم لتضامن معين (كمال دسوقي: ١٩٩٠)، وهذا المعنى للكلمة أقرب إلى مفهوم الجماعة النظامية منه إلى مفهوم الجماعة البشرية أو التجمع البشرى الذى قد لا تربطهم معا أية روابط.

بها، وأصبحت هذه الانتقادات من القوة الى الدرجة التى أدت إلى ضرورة وجود حلاً لها والذى تمثل فى الجماعة العلاجية.

وبصورة عامة فإن الجماعة العلاجية تنطوى على عقد اجتماعيات دورية فى مناخ أشبه بمناخ المنزل يشارك كل فرد فى عملية إدارة الجماعة، ويقف المريض أو العميل على قدم المساواة مع أعضاء الجماعة من حيث قدرتهم على التأثير فى سلوك أعضاء الجماعة الآخرين، ويرجع جزء من فعالية الجماعة العلاجية إلى أثارها المستمرة، والنصيب الأكبر من فعالية العلاج يتم خلال اللقاءات غير الرسمية وأنشطة وقت الفراغ، والجماعة العلاجية تختلف من حيث اهتماماتها العلاجية فبعضها يفضل المواجهة النشطة، فى حين يركز البعض الآخر على تعليم المريض تحمل مسئولية سلوكه. ولقد أصبح مدخل الجماعة العلاجية نموذجاً للعديد من المؤسسات المعروفة فى أمريكا باسم مؤسسات (بيوت) منتصف الطريق Halfway house وهى نوع من الوسائل التى تقدم للأفراد الذين تحرروا أو انتهوا من برامج علاجية فى مستشفى أو أى مؤسسات أخرى، ويحتاجون إلى مزيد من الإشراف والتوجيه لا تسطتيع الأسرة تقديمها بصورة كافية وذلك قبل أن يستطيعوا العيش معتمدين على ذاتهم، وكما يدل المصطلح يكون الفرد فى منتصف الطريق بين المستشفى والمنزل، ومنازل منتصف الطريق عادة ما تكون عبارة عن مساكن خاصة واسعة داخل المجتمعات، وينام المريض ويأكل فى منازل منتصف الطريق تحت إشراف شخص أو اثنين عادة ما يكون الزوج أو الزوجة أحدهما. وعلى سبيل المثال يقوم الأعضاء بمساعدة العميل على تطوير والإبقاء على روتين الحياة اليومية مثل إعداد وجبة طعام جيدة، وغسل ملابسه، ومساعدته على مواجهة المشكلات المدرسية ومشكلات العمل، وأخيراً حتى بعد عودة العميل إلى اسرته يظل محل متابعة من قبل أعضاء منزل منتصف الطريق إذا كان من الضرورى ذلك. وإذا ما كانت هناك متابعة كفوء فإن منازل منتصف الطريق، والمنازل الجماعية ستكون فعالة فى تسهيل عودة المريض إلى جماعته مقارنة ببرامج الرعاية البعدية فى المستشفيات، ولكن ما زالت منازل منتصف الطريق

بالنسبة للمرضى العقليين لا تلقى القبول الكاف وأقل وظيفية، وما زالت لم تثبت بعد فعاليتها، كما أنه من الصعب إنشاء وتأسيس منازل منتصف الطريق وتوفير مستلزماتها، وإذا كان الأمر كذلك فى المجتمعات الغربية فإن تقديم المساندة والعون من قبل أفراد الأسرة والزملاء والجيران فى المجتمع الإسلامى ما زالت والحمد لله على أحسن ما يكون، وخاصة أن ديننا الإسلامى الحنيف يحثنا على ذلك كما يتضح ذلك فى أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم وفى الآيات القرآنية الكريمة.

علم نفس الجماعة Community psychology:

الجماعات العلاجية، والمداخل الجماعية مثل جماعة المدمنين المجهولين تركز مبدئياً على تغير السلوك أو الظروف المرتبطة به، فى حين أن سيكولوجية الجماعة يحاول الوقاية من المشكلات والتدريب على مهارات جديدة. وقد تطور علم نفس الجماعة فى الستينات والسبعينات من القرن العشرين فى تزامن مع زيادة الوعى بدور التمييز العنصرى، والفقر فى تطور المشكلات النفسية. وبرامج الجماعة متضمنة تلقائياً فى برامج التليفزيون وفى الاعلانات التى تشجع على الالتزام بسلوكيات العناية بالصحة، والتوقف عن التدخين، وبالمثل فإن الاعتقال من قبل رجال الشرطة بسبب الإساءة للزوج أو الزوجة تعد استراتيجية حديثة نسبياً صممت للوقاية والحد من العنف بين أفراد الأسرة على مستوى الجماعات أو المدينة ككل. وتعد برامج الاعتقال arrest مفيدة كوسيلة تحذير أو منع، وتشجع تدخلات الجماعة على الوقاية أكثر مما تسهم فى العلاج للمشكلات أو صور العجز والقصور القائمة منذ زمن بعيد، وهذه التدخلات ربما تكون محدودة أو شاملة، وتتراوح بين جماعات صغيرة مثل مجموعات الأباء، وبرامج التدريب الرئيسية أو الجماعات الكاملة.. وكما ذُكر من قبل فإن الوقاية ترتكز أساساً على علم نفس الجماعة وتوجد ثلاث أنواع من برامج الوقاية هى:

١- **الوقاية الأولية Primary Prevention:** تحاول برامج الوقاية الأولية منع تطور أو حدوث مشكلات جديدة فى المجتمع العام، وتعتمد الوقاية الأولية على التربية، على سبيل المثال، عندما انتشرت فى الغرب ظاهرة "حمل السفاح" ظهرت

بعض البرامج التى تحاول وقاية المراهقات من هذه المشكلة، فمثل هؤلاء المراهقات لا يعتبرن مضطربات نفسياً،ولكنهن يتعرضن لإغراءات عديدة حتى يقعن فى الرذيلة وذلك فى غياب دور الرقابة الأسرية، ويترتب على ذلك تعرضهن للعديد من المشكلات الاجتماعية ذات أثار نفسية بعيدة المدى كالاكتئاب، كما أنهن لا يكملن تعليمهن الثانوى، ولا يحققن سوى مستوى منخفض من التحصيل، ويأملن تحقيق مستوى سريع من الرفاهية والثراء مقارنة بالأمهات اللائى ينجبن طفلهن الأول فى العقد الثالث، كما أنهن أكثر إقداماً على التدخين وتعاطى الماريجونا والكحول خلال هذا الحمل. ومن البرامج التى صممت لمساعدة المراهقات على رفض العلاقة الجنسية، ذلك البرنامج المكون من أربعة جلسات تتضمن إرشاد الرفاق ولعب الأدوار، وكلها مصممة بغرض تعليمهن عدم التورط فى علاقة جنسية بقدر الامكان (Haward & Mccabe 1990). وفى المتابعة خلال ثلاث شهور بعد البرنامج تم تشجيع ومساندة الفتيات اللاتى أجلن مثل هذه المباشرة الجنسية مع رفاقهم، ومن بين حوالى ٤٠٠ بنت اشتركن فى البرنامج فى الصف الثامن (ما يعادل الثالث الاعدادى) ومقارنتهم بمجموعة ضابطة لم تتلقى نفس البرنامج أو غيره قررت المجموعة التدريبية أنهن أقل انخراطاً فى النشاط الجنسى عن المجموعة الضابطة، ولكن النتيجة كانت أعظم وأجدى وخاصة لهؤلاء الفتيات اللاتى لم يشاركن فى سلوك جنسى قبل تعريضهن للبرنامج، فحوالى ١٩٪ من هؤلاء الفتيات الذين شاركوا فى البرنامج مارسوا الجنس وهن فى الصف التاسع (الأول الثانوى) مقارنة (بـ ٢٧٪) من البنات اللاتى لم يشاركن فى البرنامج. ومن المجالات الأخرى التى تطبق فيها برامج الوقاية الأولية مشكلات الإساءة للزوجة أو الزوج والتدخين والانحرافات السلوكية، ولا شك أن الالتزام الدينى يعد أحد مصادر الوقاية الأولية، كما أن خطبة يوم الجمعه فى الدين الاسلامى هى بمثابة جلسة أسبوعية تسهم فى اكتساب المعرفة الدينية (تربية دينية) التى تحول بين الفرد والسلوك المخالف للمعايير الاجتماعية بل والكف عن السلوك الخاطئ.

٢- **الوقاية الثانوية Secondary prevention**: تحاول برامج الوقاية الثانوية الاكتشاف المبكر للمشكلات بغرض الحد من تأثيرها ومنع مزيد من التصعيد والتعقد فيها. ومن أمثلة برامج الوقاية الثانوية ما يعرف ببرنامج التحويل diversion program للأحداث الجانحين أو برنامج الإشراف الاجتماعى، فنظراً لأن إعادة التأهيل المهنى للجانح وهو رهن الاعتقال لم تحقق النجاح المنشود، ولذلك فإن مدخل التحويل يحاول توجيه المراهقين وتقديم تسهيلات لهم وهم خارج السجن أو دور الرعاية، كما تجنبهم المشكلات الإدارية ذات الآثار المؤذية من وصفهم "بالأحداث الجانحين" وفى إحدى دراسات لبرامج التحويل التى تمت بواسطة دافيدسون وآخرين ١٩٨٧ Davidson et al, 1987، وتكونت عينة الدراسة من المراهقين الذكور الذين تم القبض عليهم بسبب جرائم السرقة والعنف واقتحام المنازل والمحال التجارية، وشارك طلاب الجامعة بالعمل مع الأحداث الجانحين بحيث يشترك طالب جامعى مع حدث واحد وذلك لمدة ٦-٨ ساعات يومياً فى برنامج كل أسبوع، ويتلخص دور طالب الجامعة فى تعليم الحدث مهارات التواصل، والاستفادة من إمكانات المؤسسة مثل التعيين فى وظيفة أو خدماتِ الراحة والاستجمام. وكانت النتائج مثيرة للإعجاب، فالشباب المحولين من محاكم الأحداث كانوا أقل ميلاً للإنخراط فى تصرفات جانحة عن أولئك الذين كانوا تحت نظام الاجراءات القضائية العادية. حيث تقوم المحاكم بوضع هؤلاء المراهقين فى أماكن احتجاز لفترة من الزمن بدون أى مساعدة نظامية فى الغالب سواء للحدث نفسه أو لأسرته.

٣- **الوقاية من الدرجة الثالثة Tetiary prevention**: ويهدف إلى خفض الضرر الناتج عن المشكلة على المدى البعيد. ومن هذا النوع من الوقاية ما يقدم من مساعدة للمرضى العقليين بعد خروجهم من المستشفيات، وعلى سبيل المثال يعد التدريب على الحياة فى جماعة تتضمن التدابير الحازمة للحالات ولتحسين حياة المرضى السابقين والحد من عودتهم للمستشفى مرة أخرى، وقد تم تطوير هذا البرنامج فى ماديسون ويسكونسن خلال العقد الثامن من القرن العشرين ومع حلول

العقد الأخير من هذا القرن أصبحت هذه البرامج تستخدم فى العديد من الولايات المتحدة الأمريكية، كانت نسبة الأعضاء إلى المرضى محدودة (١٠:١) والتلاحم مع المريض يتم مباشرة فى مقر إقامته، وعمل أعضاء التدريب فى برنامج الحياة فى جماعة خلال المساء وفى عطلة نهاية الأسبوع مركزين على تعليم المرضى المهارات الاجتماعية، ولذلك يمكن إجرائها فى محل الإقامة الجديدة للمريض وفى جماعته، وليست لغرض خفض الأعراض النفسية، وهذا النوع من البرامج يتطلب جهد مكثف كما أنها مكلفة إلى حد ما. وفى المقابل لذلك تعد بديلاً جيداً للإقامة بالمستشفى بالنسبة للشباب والأفراد فاقدى المأوى وللمرضى العقليين. ويؤدى هذا البرنامج إلى التقليل من الالتحاق بالمستشفيات وتم استخدامة بفاعلية فى العديد من المجتمعات (Levine, et al, 1993).

ومن برامج الوقاية من الدرجة الثالثة ما يعرف ببرنامج رجل لرجل Man to Man، فأحياناً يتحدث رجل عن مشكلته وكيف تعامل معها عندما كان مريضاً بسرطان البروستاتا وآثار العلاج على هذا المريض (ملحوظة: يمثل العقم المؤقت أو الدائم وسلس البول أهم الآثار السلبية لعلاج سرطان المثانة بالجراحة) وتعمل الأن جماعات من مجموعات رجل لرجل فى مساعدة مرضى السرطان فى أمريكا حيث تبادر الجماعات بالحديث فى جلسات المتخصصين والجماعات الصغيرة، وفيها يتحدث رجل عن قضايا مثل الحاجة إلى حفاظات للكبار الراشدين بسبب سلس البول، والعجز عن تحقيق الانتصاب وغير ذلك من القضايا.

كما يمكن للزوجات أن يشاركن فى برامج تعرف باسم جنباً إلى جنب Side to side وكل ثلاث شهور يتقابل الرجال وزوجاتهم معاً. وتسهم هذه البرامج فى تغلب المرضى على إحساسهم بالوحدة حيث يقول مولين Mullen, j. الذى طور برنامج رجل لرجل فى فلوريدا "عندما يواجه شخص ما بمرض السرطان، فإنه يميل بشدة للتفكير فى الموت، ويحتاج للتحدث مع شخص ما ليعبر له عما يمر به، فعندما تكون فى معركة تريد أن يكون معك جندى أخر، وفى مجموعة المساندة سوف يشاهد رجال أخرين أصيبوا بما أصابه وعاشوا وواجهوا مرضهم بما يحمله

من أعراض جانبية وحققوا أهدافاً كانوا يرجونها وما زال هناك معنى لحياتهم".
(Wilson G.T. et al, 1996)

مستقبل العلاج النفسي:

تحسين الرعاية الصحية: يمثل تحسين الرعاية الصحية والتأمين العلاجي للمواطنين واحداًمن أهم الوعود الانتخابية لرؤساء الدول الديمقراطية أو رؤساء حكومتها، وتوضع جنباً لجنب مع خفض الضرائب وتوفير فرص العمل والحد من البطالة وغيرها من القضايا الاجتماعية الحساسة، ويأتي تحسين الرعاية النفسية ضمناً مع تحسين الرعاية الصحية، وفي الدراسة التي عُرضت من قبل وطلب فيها نوركروز وآخرين (١٩٩٢) من ٧٥ عضو مؤتمر للعلاج النفسي أن يوضحوا توقعاتهم إزاء ممارسات العلاج النفسي مستقبلاً، حيث أبدى الأعضاء موافقة جماعية- بغض النظر عن المداخل والطرق العلاجية التي يفضلونها بصفة شخصية - بأن التركيز سيكون على المشكلة الراهنة والعلاجات محددة الزمن. وإذا كان العلاج السيكوديناميي يستخدم بنسبة مقبولة اليوم (١٥٪ من المعالجين في الغرب يستخدمون العلاج السيكوديناميي والسيكوديناميي المختصر)، فإن الأعضاء رأوا أنه سيكون أقل العلاجات استخداماً في المستقبل القريب، وقد وافق على هذا الرأي كل الأعضاء بما فيهم من معالجين سيكوديناميين. ويرجع ذلك إلى توقع معظم الناس بأنه في المستقبل ستقتصر برامج التأمين العلاجي من قبل الحكومة أو أصحاب العمل المدفوعة الأجر على المرضى الذين يتلقون علاجاً محدود المدى الزمني. وأن هناك أنواع معينة من العلا- -ن يتم تغطية نفقاتها إلا من قبل المريض الذي غالباً ما يكون عاجز عن ذلك كالعلاج السيكوديناميي. أضف لذلك أنه لن يكون لدى المرضى مستقبلاً مزيد من الحرية في اختيار المعالجين لهم، ويبدو أن هذه المحددات أصبحت تشمل كل برامج الرعاية الصحية. ويطلق على هذا التغير "إدارة حركة الرعاية" والتي تهدف إلى السيطرة على النفقات الطبية وإجراءاتها، ولكن نظراً لأن نسبة كبيرة من النساء يلجأن للعلاج النفسي فإنه من المحتمل أن يطالب رواد الحركات النسائية في العالم بمزيد من الرعاية الصحية،

وفى هذه الحالة سيضطر المسئولين دوماً إلى الاستجابة من منطلق أن الحالة الصحية والنفسية للمرأة لا تؤثر فقط على أداءها المهنى والمنزلى ولكن أيضاً على تربية النشأ الصالح وكذلك على علاقتها بزوجها.

العلاج النفسى والتكنولوجيا المتطورة:

ستبقى التغيرات التكنولوجية وخاصة فى مجال الألكترونيات تؤثر فى العالم من حولنا، وليس من المستبعد ان نشاهد فى الغد ما يسمى بالعلاج الألكترونى electronic therapy. لقد بدأ ذلك مع التليفون ولمدة سنوات عديدة كان ما يعرف بالخطوط الساخنة للانتحار suicide HotLines مصدر وقاية مفيدة للغاية تحقق التدخل السريع للمتصلين الذين يطلبون العون والمساعدة قبل الإقدام على الانتحار، ومثل هذه الخدمات التليفونية توجد ليستفيد منها الأشخاص الذين يتعرضون لأنواع متباينة من إساءة المعاملة بما فى ذلك النساء والأطفال الذين يتعرضون للإساءة الجسدية أو الجنسية، ويتلقى الكثير من المعالجين نداءات طوارئ من مرضى فى مواقف خطيرة، بالإضافة إلى ذلك فإن كثير من المعالجين يحافظون بانتظام على اتصالاتهم بمرضاهم تليفونياً وخاصة فى حالات الفحص والاطمئنان على الحالة بين الجلسات.

وخلال السنوات القليلة الماضية رأينا استخداماً جديداً حيث نشأت الشبكة القومية للمعالجين بالتليفون Telephone therapists لعلاج الأشخاص الذين يمرون بحالات طارئة مقابل ٣-٤ دولار فى الدقيقة، ولكن معظم المعالجين المتخصصين قلقين ومتخوفين بصورة واضحة بخصوص هذا التطور الذى أثار عدد من التساؤلات أهمها:

- ما هى المشكلات التى يمكن تناولها بصورة مناسبة من خلال العلاج بالتليفون؟

- كيف يمكن تمييز الناس الذين لديهم مشاكل قد تكون مناسبة للعلاج بالتليفون عن هؤلاء الذين لا يصلح معهم ذلك – مثلاً: شخص يعانى اضطراباً ذهانياً؟

ـــ ما هو نوع التدريب اللازم لإعداد معالج فعال من خلال التليفون؟

ولكن اليوم وبعد أن رأينا إمكانية ربط التليفون بالكمبيوتر (باستخدام مودم داخلى أو خارجى) ظهر نوع من العلاج يعرف باسم العلاج بالبريد الإلكترونى E-Mail therapy الذى يصفه نيومان Newman 1994 بقولة "بالإضافة إلى خفض التكلفة الشهرية للكمبيوتر وزيادة سرعته، يستطيع المهتمون والمتخصصون فى الكمبيوتر الوصول إلى لوحة مفاتيح مجهزة بالمعالجين المستعدين فعلياً للاستجابة الفورية بتعاطف مع أى حالة فى أى مكان فى العالم". ورغم ذلك فإن نيومان كمعالج نفسى متخصص لديه اتجاهاً سالباً نحو هذا التطور. ويعود فيشير إلى أن احتمالية اساءة استخدام هذا النوع من العلاج فى تناقص مستمر، ومع التسليم بوجود هذه التكنولوجيا، فإن على المتخصصين فى علم النفس الاكلينيكى أن يجدوا الطريقة المناسبة لتجنب إساءة استخدامها من جهة، واستغلال مميزات العلاج الالكترونى من جهة أخرى.

ومن الاستخدمات الفعلية للكمبيوتر فى مجال العلاج النفسى ما يعرف باسم علاجات الواقع الفعلى Virtual reality والتى تشير إلى وسائل للتعامل مع البيئة التى يعيش فيها الفرد، وفى معظم تطبيقات هذا الاسلوب يرتدى الفرد خوذة تغطى عينيه وتحجب مجال الرؤية المحيطى بالنسبة له، وتحتوى الخوذة على شاشة كمبيوتر صغيرة تعرض صور طبيعية للبيئة- هذه هى البيئة التى يعيش فيها الفرد، وهى تبدو حقيقة، وبالتحكم فيما يظهر على الشاشة يستطيع الفرد التحكم فى إدراكه للبيئة

وقد استخدم علاج الواقع الفعلى لعلاج المرضى الذين يعانون من المخاوف المرضية، وعلى سبيل المثال، فإن الأفراد الذين يخافون صعود الأماكن المرتفعة يمكن أن يظهر أمامهم على شاشة الكمبيوتر صوراً بيئية يؤدى التعرض لها إلى أثارة القلق لديهم مثل تسلق المطافى أو السير على كوبرى أو جسر مرتفع، ونظراً لما نعرفه عن العلاج بالتعريض فى علاج الأشخاص الذين يعانون من الفوبيا (راجع الفصل الخامس: الجزء الأول من الكتاب) فان العلاج بالواقع الفعلى يولد

نفس الإحساس، فهو لا يقل فعالية عن التعريض التخيلى لأن بعض المرضى ليس لدية القدرة على توليد صور واضحة فى خياله، كما أن التعريض الواقعى لمصدر الخوف أو القلق قد يكون غير ملائم ومزعج للمريض، أو مصدر خطر أو حتى مستحيل. ولذلك فإن علاج الواقع الفعلى يوفر وسائل مناسبة وكافية لتحقيق التعريض. والتقريرات الأولية لاستخدام علاج الواقع الفعلى مبشرة بالخير، ولكننا فى حاجة إلى دراسات مقارنة للتحقق مما إذا كان هذا العلاج أكثر كفاية وفعالية من الطرق العلاجية الراهنة. (Wilson, G.T et al, 1996).

المراجـــع

- ريتشارد سوين : علم الأمراض النفسية والعقلية – ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة – النهضة العربية – القاهرة ١٩٧٩.

- عبد الله المعيلى : فعالية الصدمة الكهربية فى علاج الاكتئاب – رسالة دكتوراه غير منشورة – جامعة الإمام محمد ابن سعود الإسلامية – الرياض (١٩٩٠).

- كمال محمد دسوقى : ذخيرة علوم النفس – الجزء الثانى – الأهرام – القاهرة ١٩٩٠.

- محمد السيد عبد الرحمن : نظريات الشخصية – دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع – القاهرة، ١٩٩٨.

- محمد محروس الشناوى : نظريات الإرشاد والعلاج النفسى – دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع – القاهرة ١٩٩٤.

- محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن : العلاج السلوكى الحديث – دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع – القاهرة، ١٩٩٨.

- محمود حمودة : الطب النفسى (النفس: أسرارها وأمراضها) – مكتبة الفجالة – القاهرة – ١٩٩٠.

- Alexander, J.F., & Parsons, B. V. Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism Journal of Abnormal Psychology, 81, 1973.

- Bergin, A. E. Some implications of psycholotherapy

research for therapeutic practice. Journal of Abnormal Psychology, 71, 1966.

- Bristol-Myers Squibb. D5-K001. Princeton, NJ: Bristol-Myers Squibb, 1995.

- Brunk, M., Henggler, S. W.,& Whelan, J. P. Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 1987.

- Clark, D. M. (1989). Anxiety states. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, & D. M. Clark (Eds.), Cognitive behavior therapy for psychiatric problems (pp. 52-96). Oxford, England: Oxford University Press.

- Conners, CK: A teacher rating scale for use in drag studies with children, Amirican J. of psychiatry, No. 6, 1969.

- Davidson, W. S., et al: Interventions with juvenile delinquents, A meta-analysis of treatment efficacy (in) Hampton (Ed) juvenile offendres, Washington, Dc. U.S. government printing office, 1987.

- Falloon, I.R.H. et al, family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Archives of General psychiatry, 42, 1985.

- Friedman, H.S., Turcker, J.S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasy, C., Martin, L.R., Wingard, D. L., & Criqui, M.H, Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites." American Psychologist, 50, 1992.

- Goldefried, M.R.,& Castonguay, L.C. The future of psychotherapy integration. Psychotherapy, 29, 1995.

- Goffman, I. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City, New York: Doubleday Anchor.,1961.

- Henggler, S.W., Melton, G.B.,& Smith, L. A. family preservation using multi-systemic therapy: An effective alternative to incarcerating juvenile offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 1992.

- Holmest, T.H.& Rahe, R.H: the social readjustment rating scale, J. of psychosomatic Receach, 11, 1967.

- Howard, M., & McCabe, J. B. Helping teenagers postpone sexual involvement. Family Planning Perspective, 22,1990.

[illegible] personal psychotherapy depression [illegible]

- Pelham, W.E, et al, Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention-deficit hyperactivtiy in the classroom. Journal of Consulting Psychology, 61,1991.

- Smith, M. L. et al the Benefits of psychotherapy Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press, 1980.

- Stat on, M. D. & Todd, T.C, the family therapy of druge abuse and addiction, New York Guilford Press, 1982.

- Stuarn, R.B.: Helping Couples change, New York, Guilford press, 1980.

- Szapocznik, J., et al. Assessing change in family function as a result of treatment: The structural family system rating scale (SFSR). Journal of Marriage and the family, 17,1991.

- Weiss, R. L., Hops, H., & Patterson, G.R. A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, & E. J. Mash (Eds.) Behavior change: methodology, concepts, and practice. Champaign. IL: Research Press, 1973.

- Wilson, G. Terence, nathon, perter, E., O'Leary, K. Daniel Clark, Lee Anna: Abnormal Psychology Integrating Prespective, Allyn and Bacon, Boston, 1996.

- Windy Dryden (ed), Rational Emotive behaviour therapy, SAGE publications London, 1995.

المحتويات

هذا الكتاب

يتناول بالشرح والتوضيح علماً من أكثر العلوم التى تشغل المتخصصين وغير المتخصصين فى عصرنا الحالى، إنه علم الأمراض النفسية والعقلية. ويقع الكتاب فى جزئين يتناول فى الجزء الثانى الذى بين أيدينا الآن سبعة فصول عن الإدمان وإساءة استخدام العقاقير والمواد المخدرة، والعنف والاغتصاب وإساءة معاملة القرين والأطفال، وإضطرابات هوية الجنس والنوع، وإضطرابات الأكل كالشره العصبى وفقد الشهية العصبى وغيرها، والعوامل النفسية المؤثرة فى الصحة من خلال عرض لبعض الأمراض السيكوسوماتية والنماذج المفسرة لها فى علاقتها مع التوتر والمساندة الاجتماعية، وأربعة عشر إضطراباً من اضطرابات الشخصية طبقاً لتصنيف الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية .DSM.IV وفي كل فصل من الفصول السته السابقه يتم عرض الأعراض والمحكات التشخيصية للإضطراب وأسبابه وطرق العلاج الفعالة، ويختتم المؤلف هذا الجزء بفصل متخصص فى العلاج الطبى والنفسى الفردى والجماعى للأمراض النفسية والعقلية مقدماً بذلك كتاباً متكاملاً من حيث المضمون والمحتوى فى مجال الصحة النفسية.

أحمد غريب

قرش جنيه
٢٥/٠

قرش جنيه